BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PARIS. — IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE DE PAUL DUPONT
Rue Jean-Jacques-Rousseau, 41 (Hôtel des Fermes).

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

M. PAULET
Secrétaire général

ET

MM. CRUVEILHIER ET DUPLAY
Secrétaires annuels,



TOME III

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
BOULEVARD SAINT-GERMAIN,
EN FACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.
1877

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

René DUVAL, fondateur d'un prix annuel de 100 francs.

Edouard LABORIE, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc GERDY, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles HUGUIER, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, destinée à favoriser les publications scientifiques de la Société.

DEMARQUAY, fondateur d'un prix biennal.

Paul GUERSANT, — LENOIR, — PAYEN, — VELPEAU, — GERDY, — baron LARREY donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION.

MM.

1844. — A. Bérard.
1845. — Michon.
1846. — Monod.
1847. — Lenoir.
1848. — Robert.
1849. — Cullerier.
1850. — Deguise père.
1851. — Danyau.
1852. — Larrey.
1853. — Guersant.
1854. — Denonvilliers.
1855. — Huguier.
1856. — Gosselin.
1857. — Chassaignac.
1858. — Bouvier.
1859. — Deguise fils.
1860. — Marjolin.

MM.

1861. — Laborie.
1862. — Morel-Lavallée.
1863. — Depaul.
1864. — Richet.
1865. — Broca.
1866. — Giraldès.
1867. — Follin.
1868. — Legouest.
1869. — Verneuil.
1870. — A. Guérin.
1871. — Blot.
1872. — Dolbeau.
1873. — Trélat.
1874. — Maurice Perrin.
1875. — Le Fort.
1876. — Houel.
1877. — Panas.

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE.

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1877.

Président..................................	MM. PANAS.
Vice-président............................	F. GUYON.
Secrétaire général........................	PAULET.
Secrétaires annuels.......................	CRUVEILHIER et DUPLAY.
Trésorier...................................	NICAISE.
Archiviste..................................	TERRIER.

MEMBRES HONORAIRES.

MM. Blot.
Boinet.
Bouley (H.).
Bouvier.
Broca.
Chassaignac.
Cloquet (J.).
Deguise.
Depaul.
Dolbeau.
Ehrmann.

MM. Gosselin.
Guérin (Alphonse).
Hervez de Chégoin.
Larrey (baron).
Legouest.
Maisonneuve.
Monod.
Richet.
Ricord.
Rigaud.
Voillemier.

MEMBRES TITULAIRES.

MM. Anger (Théophile).
Cruveilhier.
Delens.
Desormeaux.
Desprès.
Dubrueil.
Duplay.
Forget.
Gillette.
Giraud-Teulon.
Guéniot.
Guyon (Félix).
Horteloup.
Houel.
Labbé (Léon).
Lannelongue.
Ledentu.

MM. Le Fort (Léon).
Lucas-Championnière.
Magitot.
Marjolin.
Nicaise.
Panas.
Paulet.
Périer.
Perrin (Maurice).
Polaillon.
de Saint-Germain.
Sée (Marc).
Tarnier.
Terrier.
Tillaux.
Trélat.
Verneuil.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Ancelet, à Vailly-sur-Aisne (Aisne).
Arlaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon
Aubrée, professeur à l'École de médecine de Rennes.
Avat (D'), chirurgien de l'hospice d'Aix (Savoie).
Azam, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Azéma, à l'île de la Réunion.
Baizeau, médecin inspecteur de l'armée.
Baudon, médecin-major de l'armée.
Benoit, professeur à la Faculté de Montpellier.
Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde, à Pauillac
Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine.
Bernard, à Apt (Vaucluse).
Bœckel, à Strasbourg.
Boissarie, à Sarlat.
Bouchacourt, professeur à l'École de médecine de Lyon.
Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.
Bourgeois, à Étampes (Seine-et-Oise).
Bourguet, chirurgien de l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).
Cazin, à Boulogne.
Champenois, médecin principal de l'armée.
Chapplain, professeur à l'École de médecine de Marseille.
Chauvel, professeur agrégé au Val-de-Grâce.
Chedevergne, professeur à l'École de médecine de Poitiers.
Chipault, à Orléans.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Colson, à Noyon.
Courty, professeur à la Faculté de Montpellier.

MM. Cras, professeur à l'École navale de Brest.
Dauvé, médecin principal de l'armée.
Debrou, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.
Decès (J.-B.), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims.
Delacour, directeur de l'École de médecine de Rennes.
Delore, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon.
Denucé, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Desgranges, professeur à l'École de médecine de Lyon.
Devalz, à Bordeaux.
Diday, ex-chirurgien de l'Antiquaille à Lyon.
Drouineau, chirurgien des hôpitaux civils de la Rochelle.
Duboué, chirurgien à Pau.
Dubreuilh (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux.
Duménil, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
Duplouy, professeur à l'École navale de Rochefort.
Erhmann, à Mulhouse.
Faucon, à Amiens.
Fleury, chirurgien de la marine à Constantinople.
Gaujot, professeur au Val-de-Grâce.
Gayet, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon.
Herrgott, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Heurtaux, professeur adjoint à l'École de médecine de Nantes.
Houzé de l'Aulnoit, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Houzelot, chirurgien en chef de l'hôpital de Meaux.
Jouon, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lannelongue, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Letiévant, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
Lejeal, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu à Valenciennes.
Lizé, chirurgien de la Maternité du Mans.
Mascarel, à Châtellerault (Vienne).
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Michel, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, chirurgien au Mans.
Mourlon, médecin-major de l'armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ollier, chirurgien en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
Oré, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Parise, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Patry, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire).
Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, en Provence.
Philippeaux, à Lyon.
Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.

MM. Poncet, médecin-major de l'armée.
Pravaz, à Lyon.
Prestat, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Pontoise.
Puel, à Figeac.
Raimbert, à Châteaudun.
Rochard, inspecteur général de la marine à Paris.
Ribell, chirurgien de l'hospice de la Grave à Toulouse.
Roux (J.), ex-inspecteur général de la marine à Paris.
Salmon, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Sarazin, médecin-major de l'armée.
Sédillot, membre de l'Institut (Académie des sciences), professeur honoraire de la Faculté de Strasbourg (Paris).
Serre, à Alais.
Silbert, à Aix.
Sistach, à Bone (Algérie).
Spillmann, médecin major de l'armée.
Stolz, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.
Surmay, à Ham.
Tholozan, médecin principal de l'armée (Perse).
Thomas (Louis), à Tours.
Vallet, chirurgien en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS.

---

6 janvier 1864..... — ADAMS-ROBERT, Dublin.
11 août 1875....... — BOWMANN, Londres.
10 janvier 1877..... — CINISELLI, Cremone.
5 janvier 1870 .... — DONDERS, Utrecht.
11 août 1875.. .... — FERGUSSON, Londres.
24 août 1852....... — GRIMM, Berlin.
5 janvier 1870.... — HELMHOLTZ.
30 juillet 1856 ..... — LANGENBECK, Berlin.
9 janvier 1853..... — LEBERT, Breslau.
10 janvier 1877..... — LONGMORE, Netley-Southampton.
10 janvier 1877..... — MICHAUX, Louvain.
6 janvier 1864..... — PAGET (James), Londres.
31 décembre 1862.. — PIROGOFF, Russie.
30 juillet 1856..... — PORTA, Pavie.
11 août 1875....... — RIZZOLI, Bologne.
31 décembre 1862.. — ROKITANSKY, Vienne.
6 juillet 1859 ..... — SCANZONI, Wurzbourg.
6 juillet 1859 ..... — STROMEYER, Hanovre.
3 janvier 1866..... — VANZETTI, Padoue.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

10 janvier 1877..... — Albert, Vienne.
10 janvier 1877..... — Amabile, Naples.
8 janvier 1868..... — Barbosa, Lisbonne.
13 janvier 1869..... — Bardeleben, Berlin.
26 novembre 1845. — Bassow, Moscou.
31 décembre 1862.. — Back, Fribourg en Brisgau.
31 octobre 1851.... — Birkett, Londres.
3 janvier 1865..... — Th. Billroth, Vienne.
6 juillet 1859...... — Blasius, Halle.
17 septembre 1851. — Borelli, Turin.
10 janvier 1877.. .. — Bryant, Londres.
3 janvier 1865..... — Brown-Séquard.
13 janvier 1869.... — Broodhurst, Londres.
13 janvier 1864 .... — Bruns (Victor), Tübingen.
mars 1867...... — Buren (Van), New-York.
22 décembre 1852.. — Burgrœve, Gand.
31 décembre 1861. . — Coote (Holmes), Londres.
31 décembre 1862.. — Cornaz, Neufchâtel.
11 août 1875....... — Corradi, Milan.
6 juillet 1859...... — Crede, Leipsig.
3 juin 1857 .... — Crocq, Bruxelles.
mars 1867...... — Deroubaix, Bruxelles.
21 mai 1856........ — Dupierris (père), Havane.
3 janvier 1865.... — F. G. Emmert, Berne.
8 janvier 1862..... — Esmarch, Kiel.
6 juillet 1859 ..... — Fabri, Ravenne.
9 octobre 1853.... — Fleming, Dublin.
6 juillet 1859..... — Friedberg (H.), Berlin.
13 janvier 1864. .. — Gamgee (Samson), Birmingham.

13 janvier 1869.... — GAUTIER, Genève.
13 janvier 1864.... — GHERINI, Milan.
3 janvier 1865.... — E. GURTL, Berlin.
29 août 1855....... — HAMMER, Saint-Louis (Missouri).
26 décembre 1855.. — HANNOVER, Copenhague.
15 septembre 1852. — HEWETT (Prescott), Londres.
30 octobre 1854.... — HEYFELDER (fils), Saint-Pétersbourg.
3 janvier 1865..... — HOLMES, Londres.
2 janvier 1865.... — G. M. HUMPHRY, Cambridge.
31 décembre 1862.. — HUTCHINSON (J.), Londres.
13 janvier 1869.... — KRASSOWKI, Saint-Pétersbourg.
6 juillet 1859...... — LARGHI, Bologne.
10 janvier 1877..... — LISTER, Édimbourg.
6 juillet 1859...... — MAC-LEOD, Glascow.
22 octobre 1856. .. — MAYOR (fils), Genève.
8 janvier 1868..... — MAZZONI, Rome.
13 janvier 1864.... — MELCHIORI (Giovanni), Milan.
3 janvier 1865.... — NEUDÖRFER, Prague.
11 août 1875 .... — G. OTIS, Washington.
8 janvier 1868 .... — PEMBERTON, Birmingham.
8 janvier 1862.... — PIACHAUD, Genève.
4 octobre 1848.... — PITHA, Prague.
6 juillet 1859.. ... — RIED, Iéna.
11 août 1875....... — ROUGE, Lausanne.
2 janvier 1856.... — SAND-COX, Birmingham.
31 décembre 1862.. — SANGALLI, Pavie.
10 janvier 1877..... — SAXTORPH, Copenhague.
31 décembre 1862.. — SIMON (Gust.), Rostock.
mars 1867.... .. — SIMON (John), Londres.
3 janvier 1865.... — STEPHEN-SMITH, New-York.
6 juillet 1869 ..... — SOUPART, Gand.
31 décembre 1862 . — SPERINO (Casimir), Turin.
10 janvier 1877..... — SYMVOULIDES, Saint-Pétersbourg.
31 décembre 1862.. — TESTA, Naples.
6 juillet 1869...... — HENRY THOMPSON, Londres.
mars 1867....... — WELLS (Spencer), Londres.
8 janvier 1868..... — WILMS, Berlin.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La Société de chirurgie dispose de trois prix: LE PRIX DUVAL, LE PRIX LABORIE et LE PRIX GERDY ; *les deux premiers sont annuels, le second est biennal.*

Le prix DUVAL a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante: « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde à titre d'encouragement un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie, publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet devront être indiqués ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. »

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1876 jusqu'au 1er novembre de l'année 1877 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1877.

Le prix Édouard LABORIE a été fondé par madame veuve Laborie le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris en 1868 les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires ; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873 est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Aux termes du testament, la Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents.

La Société a décidé que la question serait toujours donnée deux années à l'avance, et que, d'ailleurs, les compétiteurs devraient se soumettre aux règles déjà adoptées pour le prix Laborie.

Après un rapport du secrétaire général, lu en comité secret, le 16 décembre 1874, la Société a également décidé que *les membres titulaires* de la Société de chirurgie de Paris seraient *seuls exclus* des concours pour les prix Laborie et Gerdy.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Art dentaire. — Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale. — Écho de la presse médicale française et étrangère. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette obstétricale de Paris. — Journal de médecine et de chirurgie pratique. — Médecine contemporaine.— Moniteur thérapeutique. — Mouvement médical. — Progrès médical. — Recueil d'olpthalmologie. — Revue de thérapeutique médico-chirurgicale. — Revue scientifique de la France et de l'étranger. — Revue médicale de l'Est. — Sud médical. — Tribune médicale. — Union médicale. — Union pharmaceutique.

Alger médical. — Bordeaux médical. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du Nord de la France. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Gazette médicale de Bordeaux. — Gazette médicale de Strasbourg. — Journal de médecine de l'Ouest. — Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure. — Lyon médical. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy. — Marseille médical. — Montpellier médical. — Revue médicale de Toulouse. — Société médicale de Reims. — Revue médicale et pharmaceutique du Midi.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Centralblatt für Chirurgie. — Annales de la associacion Larrey (Mexico). — The Boston Medical and Surgical Journal.— British Medical (London). — Compte rendu de la Société de chirurgie de Moscou.— Gazzetta medica italiana lombardia (Milan). — L'independente (Florence). — The Practitioner (London). — Medicinische chirurgische Rundschau (Vienne). — Medicinische Wiener Wochenschrift.



BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

NOUVELLE SÉRIE.

Séance du 27 décembre 1876.

Présidence de M. HOUEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les publications périodiques de la semaine, pour la France et l'étranger;

M. le président fait part à la Société de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le Dr Valette, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lyon.

Communications.

Kystes prélacrymaux à contenu huileux,

par M. VERNEUIL.

Bien que la question dont je viens entretenir la Société n'ait pas une très-grande importance, je la crois digne d'arrêter un moment son attention.

Je viens signaler une variété de kystes du grand angle de l'œil, dont je n'ai pas rencontré vestige dans les auteurs et au sujet desquels j'ai trouvé nos collègues les plus au courant de la pathologie oculaire sans expérience personnelle.

Il s'agit d'une variété de kystes du grand angle de l'œil, que je

propose de nommer prélacrymaux parce qu'ils sont situés en avant du sac lacrymal. Ce qui caractérise ces kystes c'est, d'une part, leur siége ; en second lieu, leur origine congénitale ; enfin, la nature du liquide qu'ils contiennent, analogue à de l'huile d'olive.

J'ai rencontré trois fois cette variété de tumeurs. La première fois, c'était à l'hôpital Lariboisière. Mes notes sont très-brèves au sujet de ce fait ; je sais seulement que j'avais affaire à un jeune homme de moins de 20 ans, qui portait au niveau du sac lacrymal une tumeur du volume d'une merise ; que cette tumeur indolente, irréductible, datait de fort longtemps. Je pensai à un mucocèle, bien que le cours des larmes fût libre et que la tumeur ne se vidât pas par les voies lacrymales. Je voulais injecter de l'iode dans ce que je prenais pour une tumeur lacrymale, mais après la ponction et l'aspiration, je trouvai un liquide tellement analogue à de l'huile que j'en déposai quelques gouttes sur du papier buvard qui fut taché comme par un corps gras. L'analyse chimique fut faite sommairement, et le pharmacien en chef de l'hôpital me dit que c'était un liquide analogue à de l'huile. Je ne revis pas le malade.

Au commencement de 1875, un étudiant en médecine m'amena une jeune femme de 19 ans qui portait une tumeur du grand angle de l'œil. Cette tumeur était tellement dure que je la crus d'abord solide ; elle avait le volume d'une cerise. Je crus avoir affaire à un de ces kystes congénitaux analogues à ceux que l'on trouve à la queue du sourcil, et les détails de ma première observation ne se présentèrent nullement à mon esprit. A la première incision, la pointe de mon bistouri fit jaillir un jet d'huile et je pus recueillir un gramme de ce liquide sur un verre de montre. Je tentai de faire l'énucléation, mais craignant qu'il y eût une communication intra-crânienne, je me contentai de faire une résection partielle de la paroi. L'examen du liquide montra quelques cristaux d'acide margarique et de cholestérine : cette observation fut perdue. Je sais seulement que le malade guérit au bout de six semaines.

Au commencement de novembre de la présente année, entra dans mon service un grand garçon âgé de 21 ans, qui portait au grand angle de l'œil une tumeur du volume d'une amande qui s'étendait du sourcil jusqu'au-dessous du sac lacrymal : la peau était si mince que la transparence de la tumeur était des plus nettes. Le mal remontait à la première enfance, mais il y avait eu depuis quelques années augmentation de volume. Je crus à un kyste séreux congénital. Je fis la ponction avec aspiration, il coula deux grammes et demi d'un liquide huileux et je pus voir, lorsque la peau s'affaissa sous l'influence de la pression atmosphérique, que sur la face interne de l'orbite il y avait une petite dépression de un millimètre de profondeur sur trois de hauteur.

Le liquide que j'apporterai dans la prochaine séance et qui avait l'aspect huileux au moment de la ponction est maintenant figé. Le degré de fusion indique que la composition est celle de l'oléine. On constate de plus la présence de cristaux de margarine.

Non-seulement je ne connais rien d'analogue à ces kystes, mais je ne sache pas qu'il y ait même une théorie applicable aux kystes du sourcil qui puisse en expliquer la production.

Je connais peu de publications faisant mention du liquide huileux; j'ai souvenir qu'une publication périodique d'Allemagne a signalé les kystes huileux; Lucke a consacré un paragraphe à ces kystes; on a décrit enfin des athéromes kystiques.

Le seul fait, à ma connaissance, où j'aie rencontré du liquide huileux est un cas de kyste du corps thyroïde opéré avec l'assistance de M. Boinet: le malade guérit parfaitement par une injection iodée; je n'ai pu faire faire d'analyse sérieuse.

Au point de vue du traitement, je signale que sur mes trois malades, un seul a subi une opération radicale, et cependant, je n'ai revu aucun des autres; il est rationnel d'admettre qu'ils ont été guéris par la simple ponction.

Discussion.

M. Perrin. J'ai observé deux cas de kystes situés dans la région du sac lacrymal, ils avaient les caractères assignés par M. Verneuil aux tumeurs qu'il a observées. Comme quelques kystes anciens, ils contenaient un liquide huileux et ils ont guéri par la simple ponction. Je signalerai qu'ils étaient survenus accidentellement.

M. Magitot. Je demande à faire quelques observations au sujet de la pathogénie de ces kystes qui sont certainement congénitaux. Ne pourrait-on les attribuer à une invagination du feuillet externe ou cutané du blastoderme à l'extrémité de la fente embryonnaire qui sépare l'os intermaxillaire de l'os maxillaire. Cette fente remonte dans les premiers temps de la vie fœtale jusqu'à la région oculaire.

M. Verneuil. J'admets parfaitement que M. Perrin ait observé des kystes de l'espèce de ceux que j'ai décrits; ils ne doivent pas être très-rares, mais l'attention n'avait pas été éveillée sur la nature du liquide contenu. Quant à ces kystes que je crois congénitaux, M. Perrin les croit accidentels; ils ont pu prendre accidentellement un grand développement et passer inaperçus pendant une première période.

Relativement à la pathogénie, j'ai pensé à l'explication tirée des fentes brachiales; mais dans les kystes dus à cette origine, on n'a jamais trouvé d'huile pure, mais des corps gras, des poils, etc. Peut-être fera-t-on à ce sujet une découverte analogue à celle que Luscka a faite, et la tératologie pathologique mettra-t-elle sur la voie d'une découverte anatomique.

M. Magitot. La présence d'une couche épithéliale et de matières grasses vient corroborer l'hypothèse pathogénique que j'ai proposée et qui n'est que l'extension de celle que M. Verneuil a indiquée pour les kystes de la queue du sourcil. L'invagination d'un fragment cutané rend fort bien compte aussi bien de la présence de l'épithélium que de celle des matières grasses; quant à la cholestérine, elle doit être attribuée à quelque phénomène inflammatoire et à un état de purulence transitoire survenu pendant le développement du kyste.

M. Ledentu. Il y a quatre ou cinq ans, j'eus occasion d'observer à l'hôpital Saint-Antoine, un kyste du grand angle de l'œil. Je crus avoir affaire à une tumeur analogue à celle de l'angle externe. Je voulus extirper la poche kystique, mais la paroi se déchira et je vis s'écouler un liquide analogue à un miel très-liquide; la paroi orbitaire interne paraissait déprimée ainsi que l'os nasal gauche. Aussi étais-je persuadé que j'avais eu affaire à un kyste congénital, et la communication de M. Verneuil me porte à admettre que mon fait est identique au sien. Je n'ai, du reste, pas suivi le malade.

Elections du bureau.

M. le Président fait le dépouillement du scrutin pour la constitution du bureau.

M. Panas est nommé président; M. Guyon, vice-président; M. Paulet, secrétaire général; MM. Cruveilhier et Duplay, secrétaires annuels.

M. Nicaise est maintenu aux fonctions de trésorier, et M. Terrier, à celles de bibliothécaire-archiviste.

Présentation d'instruments.

Embryotome, par M. Tarnier.

M. Tarnier. Messieurs, dans certain cas de présentation de l'épaule, il est impossible, vous le savez, de faire la version, tantôt parce que la partie fœtale est trop profondément engagée, tantôt parce que l'utérus est contracté d'une façon tétanique. On est alors obligé de recourir à l'embryotomie. Cette opération se pratique habituellement avec de longs ciseaux à l'aide desquels on incise, coup de ciseaux par coup de ciseaux, toute l'épaisseur du cou ou du tronc de l'enfant. Malheureusement l'embryotomie pratiquée dans ces conditions constitue une opération longue et laborieuse, même entre les mains des accoucheurs les plus habiles, surtout lorsque les ciseaux rencontrent les côtes ou la clavicule ; de plus, elle ne met pas les organes maternels, ni les doigts de l'opérateur, à l'abri d'une lésion possible. Aussi a-t-on depuis longtemps cherché à imaginer un instrument plus puissant et plus rapide dans son action que les ciseaux à embryotomie. M. Jacquemier a inventé un crochet particulier présentant dans sa partie concave une fente qui communique avec un canal intérieur parcourant toute la longueur du crochet que l'on peut comparer à un tube curviligne qui aurait été fendu. On place ce crochet sur le cou de l'enfant et on insinue dans le canal qui le parcourt une tige composée de chaînons articulés entre eux et munis, sur l'un de leurs bords, de dents de scie dont la pointe fait saillie par la fente dont j'ai parlé. En imprimant à cette tige des mouvements rapides de va-et-vient, on finit par produire la section du cou de l'enfant; mais on n'y arrive qu'avec peine, aussi l'instrument de M. Jacquemier est-il peu répandu.

Van der Eecken a fait construire un crochet qui permet à l'opérateur de passer autour du cou de l'enfant une scie à chaîne à l'aide de laquelle on pratique l'embryotomie. J'ai, moi-même, décrit un procédé analogue : A l'aide d'un crochet muni d'un ressort semblable à celui d'une sonde de Belloc, j'ai conseillé de passer un fil autour du cou de l'enfant. Ce fil sert à entraîner la chaîne d'un écraseur linéaire et celui-ci opère alors la décollation. M. Pajot recommande aussi un crochet particulier qui lui sert à conduire autour du cou une ficelle de fouet dont les extrémités sortent par la vulve. En tirant alternativement sur les deux chefs de cette ficelle et en leur imprimant un mouvement rapide, on sectionne le cou avec une facilité qui n'est pas sans causer quelque étonnement. Une fois j'ai essayé de ce mode d'embryotomie et j'ai réussi.

Qu'on emploie le procédé de Van der Eecken, celui de M. Pajot ou le mien, il faut toujours faire passer un lacet autour du cou de l'enfant et c'est précisément là une manœuvre difficile, qui est loin d'être applicable à tous les cas.

C. Braun se sert d'un crochet spécial qu'il applique aussi sur le cou. En tirant fortement sur ce crochet et en lui imprimant en même temps quelques mouvements incomplets de rotation sur son axe, les vertèbres sont bientôt luxées et disjointes ; les parties molles cèdent à leur tour et la tête est séparée du tronc. Cette opération est en honneur en Allemagne, cependant je ferai remarquer qu'elle n'est guère possible lorsque le cou de l'enfant est inaccessible et qu'on doit agir sur le tronc. Dans ce dernier cas, on est souvent obligé de pratiquer l'éviscération dont le manuel opératoire est loin d'être réglé.

En résumé, l'arsenal obstétrical ne contient pas encore d'instrument applicable dans toutes les variétés de la présentation du tronc et capable de toujours produire une section complète et exempte de dangers.

Aujourd'hui, j'ai l'honneur de vous présenter un instrument que j'ai fait fabriquer par M. Mathieu et dont je poursuis depuis longtemps la réalisation. Cet instrument se compose, comme le forceps de Van Huevel, de deux branches, (*fig.* 1 et 2), parcourues dans toute leur longueur par une fente communiquant avec un canal intérieur ou gaîne centrale. Ces deux branches s'articulent entre elles à la manière du forceps de Thenance (*fig.* 2) et présentent un chas *O* placé à quelque distance au-dessus de l'articulation; l'une d'elles décrit une courbe, semblable à celle de la face antérieure du sacrum, et doit être appliquée entre cet os et l'enfant; l'autre, est presque droite et se place en avant, entre le pubis et le fœtus. On articule ensuite les deux branches *A* et on les rapproche l'une de l'autre à l'aide d'une courroie *F* ou mieux d'une crémaillière, jusqu'à ce qu'elles se touchent par leurs extrémités libres, puis on introduit la scie à chaîne dans les deux chas indiqués plus haut. Pour cela, on utilise le passe-lacet, *p*, *l*, qui termine l'une des extrémités de la scie à chaîne jusqu'à ce qu'il sorte de 30 centimètres environ. On prend alors les deux lames conductrices et on les engage dans l'intérieur des canaux creusés dans les branches. La lame conductrice la plus longue doit être placée dans la branche courbe, la plus courte dans la branche qui répond au pubis. Avec la main, on pousse ces branches jusqu'à ce qu'elles soient engagées sous le logement *B*, *B*, d'une clef dentée, *P*, qui doit les faire monter ou descendre, au gré de l'opérateur. La seule précaution importante à prendre est de pousser les lames de telle sorte que la partie de ces lames qui n'est pas encore engagée dans les branches et

fait saillie en arrière, *c*, *c*, soit d'une longueur égale sur l'une et l'autre lame. Alors, il ne reste plus qu'à introduire la clef dentée *P* dans son logement.

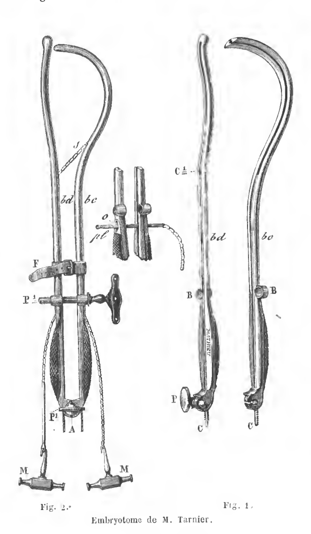


Fig. 2. Fig. 1.
Embryotome de M. Tarnier.

Ces préparatifs étant terminés, ce qui demande environ cinq minutes, l'opérateur saisit avec deux manches, *M*, les extrémités de la scie à chaîne et la met rapidement en mouvement pendant qu'un aide fait monter les deux branches conductrices en tournant la clef dentelée *P* qui les commande. La scie *s* coupe le fœtus du bas en haut et en vingt secondes la section est terminée.

L'embryotome que je vous présente est, malgré sa complication apparente, facile à appliquer et à manœuvrer; il agit rapidement, aussi bien sur le tronc que sur le cou, et protége complétement les parties maternelles puisque la scie se meut toujours dans l'espace compris entre les deux branches de l'instrument; vous voyez d'ailleurs que son mécanisme ressemble à celui du forceps de Van Huevel, mais j'ai dû lui donner une forme particulière pour qu'il soit applicable dans toutes les présentations du tronc. J'ai fourni à M. Mathieu toutes les indications et les explications nécessaires pour sa construction, mais je m'empresse de dire que ce fabricant y a ajouté un perfectionnement en simplifiant la manière de placer la scie à chaîne, au moyen d'un passe-lacet qui traverse les chas dont les branches sont percées.

M. Guéniot. J'applaudis volontiers aux nouveautés instrumentales; car, quel que soit leur sort définitif, elles représentent presque toujours des idées plus ou moins utilisables. Sous ce rapport, je m'empresse de souhaiter la bienvenue à l'embryotome de M. Tarnier. Mais que notre excellent collègue me permette en même temps une légère critique :

1° L'instrument dont il s'agit est compliqué dans son fonctionnement, comme dans sa composition matérielle. Sa manœuvre exige, en effet, l'assistance d'un aide exercé et, lorsque l'instrument est en place, la déclivité du manche doit rendre assez difficile l'introduction des conducteurs dans leur coulisse;

2° Si le tronc de l'enfant n'est pas transversalement dirigé, les branches de l'instrument qui correspondent, l'une en avant et l'autre en arrière, ne pourront saisir le fœtus que suivant une tranche oblique. De là, difficulté, sinon impossibilité, de les rapprocher assez pour permettre le jeu régulier de la clef motrice;

3° Enfin, objection plus capitale, l'instrument ne peut s'appliquer que dans l'excavation pelvienne. Or, quand le tronc du fœtus se trouve ainsi abaissé, la manœuvre connue des grands ciseaux me semble à la fois beaucoup plus simple et plus facile que celle de l'embryotome à scie. On procède alors comme dans l'extirpation de certains polypes du col utérin.

M. Tarnier. — Je répondrai brièvement aux quatre points principaux de l'argumentation que vous venez d'entendre.

1° Quoi qu'en dise M. Guéniot, l'embryotome que je vous ai présenté est moins compliqué, plus facile à manier que le forceps de Van Huevel et cependant ce forceps jouit d'une grande faveur en Belgique;

2° Pour introduire les lames conductrices dans les branches on

peut relever l'instrument jusqu'à ce que celles-ci soient à peu près horizontales : on n'est donc pas obligé de s'accroupir dans une posture gênante pour arriver à placer les lames conductrices dans leurs gaînes, ainsi que M. Guéniot paraît le craindre;

3° Lorsque le tronc du fœtus traverse obliquement l'excavation pelvienne, la section est aussi facile que dans une présentation franchement transversale; seulement la section, au lieu d'être perpendiculaire au grand arc du fœtus y est oblique. Il n'y a là aucune difficulté, même lorsque la scie rencontre un membre car alors celui-ci est très-facilement coupé;

4° La courbure de la branche postérieure de l'instrument ne lui permet pas, il est vrai, d'être introduite au-dessus du petit bassin, mais je ferai remarquer que, dans l'immense majorité des cas où l'embryotomie est nécessaire, le fœtus est engagé dans l'excavation pelvienne et que, par conséquent, il n'est pas utile de porter cette branche postérieure au-dessus du détroit supérieur.

La Société se forme à 4 heures 1/2 en comité secret.

Le secrétaire annuel,
CRUVEILHIER.

Séance du 3 janvier 1877.

Présidence de M. HOUEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les feuilles périodiques de la France et de l'étranger.

Communications.

Luxation de l'appendice xiphoïde pendant la grossesse,

par M. POLAILLON.

Pendant le mois de novembre, j'ai observé à la Maternité-Annexe de Cochin une femme qui portait une luxation de l'appendice xiphoïde. Comme cette lésion est peu connue, comme elle s'est produite dans des conditions particulières et qu'elle s'est accompagnée d'accidents assez importants, j'ai pensé qu'il était utile d'en faire connaître l'observation d'après les détails recueillis par M. Quenu, interne du service.

La nommée M..., âgée de 35 ans, exerçant la profession de

demoiselle de magasin, entre le 5 novembre 1876 à l'hôpital Cochin pour y faire ses couches. Elle est primipare. Les dernières règles se sont montrées le 8 février.

Jusqu'au 7e mois, la grossesse avait suivi une marche régulière, sans malaise notable. Cette femme portait un corset serré et s'efforçait de dissimuler le volume croissant de son ventre. Mais au 7e mois, sans avoir reçu un coup, sans avoir fait une chute, elle ressentit tout à coup une douleur vive au creux de l'estomac. Cette douleur, d'abord supportable, fut bientôt exaspérée par la compression du busc du corset, au point d'obliger notre malade à renoncer dorénavant à cette partie de son vêtement. En même temps, elle s'aperçut qu'elle portait dans le creux épigastrique, au niveau du point douloureux, une petite saillie mobile, qui n'existait pas auparavant.

A partir de ce moment, la douleur épigastrique persista jusqu'à la fin de la grossesse. La malade souffrait surtout lorsque la saillie anormale était comprimée ou même effleurée accidentellement. Elle souffrait encore lorsque l'estomac était distendu par les aliments, et la douleur persistait pendant toute la durée de la digestion stomacale.

Pendant le travail de l'accouchement, M... se plaignit surtout de sa douleur épigastrique, qu'elle qualifiait d'*atroce*. L'enfant se présenta en position O. S. D. P. qui se réduisit spontanément. Mais pendant la dernière période du travail, les contractions se ralentirent, et il fallut terminer l'accouchement par une application de forceps.

Le lendemain de l'accouchement, en examinant attentivement cette femme, je trouve à la pointe du sternum un soulèvement transversal de la peau, dont la saillie est d'à peu près un demi-centimètre. En palpant, je reconnais que ce soulèvement est formé par le rebord d'un corps dur. L'étendue de ce rebord peut être évaluée à un centimètre et demi environ. Au-dessus du rebord saillant se rencontre une dépression, au fond de laquelle on arrive sur la face antérieure du corps du sternum. Au-dessous, la paroi abdominale se laisse déprimer et ne présente rien d'insolite. En refoulant la peau, on arrive facilement à saisir le petit corps saillant et à lui imprimer des mouvements assez étendus dans le sens vertical. On peut même le faire basculer en avant et le coucher sur la face antérieure du sternum; mais on ne peut le faire basculer en arrière. On apprécie très-nettement que la consistance de ce corps est de nature cartilagineuse.

A ces signes, il est facile de reconnaître une *luxation complète en arrière de l'appendice xiphoïde*. En effet, la base de l'appendice a abandonné l'extrémité inférieure du sternum et s'est portée

en arrière; tandis que la pointe dirigée en avant forme sous la peau le soulèvement que j'ai décrit. Il en résulte que l'appendice xiphoïde tout entier affecte une direction perpendiculaire à celle du sternum.

J'ai cherché, à plusieurs reprises, à réduire cette luxation, mais j'ai échoué, et comme j'occasionnais d'assez vives douleurs, je n'ai pas insisté.

Les suites de couches ont été simples. A mesure qu'on s'éloignait de l'accouchement, la malade souffrait de moins en moins dans le creux de l'estomac. Bientôt la douleur ne se fit plus sentir que pendant les pressions ou pendant les mouvements, surtout pendant les mouvements de flexion du tronc en avant. Aussi je fis garder le repos au lit plus longtemps que l'état puerpéral ne le nécessitait.

Le 21 novembre, M... fut envoyée à la maison de convalescence du Vésinet, ainsi que son enfant qu'elle allaitait. L'appendice xiphoïde conservait son déplacement. Il était beaucoup moins mobile, preuve que des adhérences commençaient à se former. Les mouvements qu'on lui imprimait étaient encore douloureux. Mais la malade ne souffrait plus après ses repas ni pendant les mouvements de tronc, et la pression des vêtements était supportée sans la moindre gêne.

En parcourant les journaux de médecine que j'ai eus à ma disposition, je n'ai trouvé aucun fait analogue à celui que je publie. A propos des luxations du sternum, Billroth (*Haudbuch der Chirurgie*, Krankeiten der Brustbeim, p. 117, 1865) se borne à résumer ce que dit Malgaigne. Ce dernier auteur (*Traité des luxations*, p. 408) mentionne trois espèces de luxations du cartilage xiphoïde : les luxations traumatiques, les luxations pathologiques et les luxations congénitales. Mais les luxations pathologiques et congénitales ne reposent sur aucun fait sérieux. Quant aux luxations traumatiques, deux faits seulement en établissent la réalité. Celui que je fais connaître serait le troisième. En effet, quoique dans ce cas il existe quelque obscurité sur la cause de la luxation, je n'hésite pas à la rapporter à un traumatisme. Chez ma malade, il n'y a eu ni coup ni chute sur le creux de l'estomac, mais il est vraisemblable que dans un moment de flexion du tronc le busc du corset a refoulé la base du cartilage xiphoïde en arrière, pendant que la pointe était portée en avant par l'utérus distendu par un œuf de sept mois. On peut admettre aussi que la luxation s'est produite progressivement, car cette femme avait l'habitude de porter un corset très-serré. La pression de celui-ci a peut-être refoulé peu à peu le cartilage, préparant ainsi le déplacement

qui s'est accompli sous l'influence d'un mouvement plus brusque qu'à l'ordinaire.

Sur la question de savoir s'il ne s'agissait pas d'une fracture plutôt que d'une luxation, il peut y avoir discussion. En effet, l'appendice xiphoïde, qui s'ossifie très-tard, n'est séparé du corps du sternum que par une lame cartilagineuse. Cette lame diminue d'épaisseur avec l'âge et disparaît de 50 à 60 ans. Le déplacement traumatique de l'appendice s'accompagne nécessairement de la fracture de la lame cartilagineuse intermédiaire. Mais le langage anatomique, qui range parmi les *synchondroses* le mode d'union de l'appendice xiphoïde au corps du sternum, conduit à considérer en chirurgie le déplacement de cet appendice comme une luxation et non comme une fracture.

Plusieurs points particuliers de cette observation me paraissent devoir attirer l'attention. C'est d'abord l'absence complète de consolidation pendant les deux derniers mois de la grossesse et la guérison facile après l'accouchement, quoique le cartilage soit resté déplacé. Ensuite, ce sont les douleurs excessives, atroces même, qui se développèrent pendant le travail. Ces douleurs, qui ont entravé le travail, me paraissent le résultat de la pression de l'utérus qui, en se redressant pendant la contraction, comprimait le cartilage luxé, et aussi le résultat de la tension de la ligne blanche pendant les efforts des muscles abdominaux pour expulser le fœtus. Enfin, la douleur, pendant la digestion, semble caractéristique de la luxation du cartilage xiphoïde, d'après les faits connus.

M. Guéniot. Le fait très-intéressant relaté par M. Polaillon n'est pas unique dans la science; il y a dans Mauriceau un fait analogue.

Élections.

M. Delens est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

Les votes se sont ainsi répartis :

MM.	Delens	25 voix.
	Farabeuf.........	1 voix.
	Terrillon.......	1 voix.

La Société se forme à 4 heures 1/2 en comité secret.
La séance est levée à 4 heures 1/2.

Le secrétaire annuel,
CRUVEILHIER.

Séance du 10 janvier 1877.

Présidence de M. HOUEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la France et de l'étranger ;

2° La table de la *Revue des sciences médicales*, dirigée par M. Hayem ;

3° Les *Bulletins* et *Mémoires* de la Société de chirurgie, numéro de janvier 1877.

Trois mémoires de M. le Dr Ledentu, le 1er intitulé : *Conditions de succès de l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale* et extrait du *Journal de thérapeutique*, par M. Gubler ;

Le 2e, extrait du *Journal de médecine et de chirurgie pratique* et intitulé : *De la pathologie de la main ;*

Le 3e, extrait du même recueil intitulé : *Système lymphatique* et dû à la collaboration de MM. Ledentu et Longuet.

M. le président donne lecture d'une lettre de M. Delens, qui remercie la Société de l'avoir admis au nombre de ses membres.

M. le président invite M. Delens à prendre place au milieu de ses collègues.

Il est ensuite donné communication d'une observation de M. Kœberlé, relative à un cas de gastrotomie.

M. le Dr Cras, membre correspondant, adresse à la Société l'observation suivante :

OBSERVATION *de fibro-adénome du sein gauche d'origine très-ancienne (sur une femme de* 35 *ans), subissant, sous l'influence de la grossesse et de la sécrétion mammaire consécutive un développement considérable* (6 *kilogr.* 800 *gr.*). — *Ablation deux mois après l'accouchement. — Persistance de la sécrétion lactée par un lobule glandulaire pendant les premiers jours qui ont suivi l'opération. — Guérison rapide sans récidive depuis plus de deux ans.*

Je fus consulté vers le mois de mai 1874, par une femme de la campagne (veuve, âgée de 35 ans), portant une tumeur du sein gauche du volume des deux poings. Cette tumeur, dure, lobulée, mobile, avait pris un développement rapide depuis quelques semaines : elle existait à l'état de nodule induré depuis la puberté.

Je conclus à un *fibro-adénome* simple, et j'allais prendre jour pour l'opération, lorsqu'en examinant le sein droit, je soupçonnai une grossesse dont j'acquis bientôt la certitude. Je remis l'opération à deux mois après les couches.

A la date fixée, la femme L..... vint me trouver : la tumeur avait pris un développement considérable. Les souffrances causées par la tumeur, des préoccupations de toutes sortes avaient réduit la malheureuse veuve à un état d'anémie très-marqué. Elle me suppliait d'intervenir, son mariage avec celui qui l'avait rendue enceinte ne devant se faire qu'après l'opération.

Elle n'avait pas nourri son enfant : le sein droit ne contenait plus de lait à la pression ; le sein malade, au contraire, en sécrétait toujours ; et, sur la photographie, on peut en voir une grosse goutte adhérente au mamelon, et deux gouttes sur le tablier. La tumeur est assez nettement pédiculée ; de grosses veines entrelacées forment une saillie manifeste à la partie supérieure du sillon qui sépare les deux seins ; un réseau veineux très-riche s'étale à la surface, sous des téguments enflammés.

L'opération fut pratiquée le 22 octobre (deux mois après l'accouchement). Indépendamment des nombreux vaisseaux comprimés à l'aide de pinces pendant l'ablation, de longs conduits remplis de lait se remarquaient à sa périphérie. Les nombreux fils laissés dans la plaie ne me permirent pas de réunir avec des épingles, sauf aux extrémités; un drain fut placé, pansement avec eau alcoolisée et taffetas imperméable.

La guérison ne fut entravée par aucun incident notable; pourtant une circonstance curieuse doit être notée : j'avais laissé à la partie interne un fragment de glande saine du volume d'un œuf de pigeon, ou mieux ce lobule isolé avait été oublié : quelle ne fut pas ma surprise en constatant, après l'ablation des épingles placées à l'angle interne, une sécrétion très-manifeste de lait. Je ne me suis pas borné aux signes fournis par l'œil nu, je l'ai constaté au microscope. Rien de plus curieux que l'examen de cette plaie, fournissant à la fois du du lait et du pus. Après guérison on sentait manifestement la présence de ce petit lobule qui s'est depuis en partie atrophié.

La tumeur pesée immédiatement après l'opération atteignait le poids de 6 kilogr. 800 gr. En la sectionnant par le milieu, on trouva de larges lacunes, et des orifices du calibre d'une plume d'oie, dont on faisait sortir en abondance un lait épais, par pression de la périphérie.

La structure de la tumeur ne diffère pas des tumeurs de ce genre. La glande mammaire, normale en dedans, se continuait par ses lobes externes avec cette énorme tumeur, extrêmement dense; des fragments plongés dans la solution d'acide tartrique permettait de voir très-net-

tement des culs-de-sac glandulaires élégamment ramifiés au milieu d'une gangue fibroïde, et se continuant par leur conduit excréteur avec les grosses lacunes dont la tumeur était criblée.

M. Guéniot. Au sujet de cette intéressante observation, je ferai remarquer deux choses : d'abord, que le développement très-rapide de la tumeur, pendant la grossesse, est un fait qui vient s'ajouter aux faits semblables que j'ai consignés antérieurement (séance du 28 juin dernier, p. 508 de nos *Bulletins et Mémoires*); ensuite, que la présence du lait dans le sein amputé, la persistance de sa sécrétion pendant le travail de cicatrisation et, enfin, la promptitude de la guérison définitive, se trouvent être en complet désaccord avec les présomptions énoncées par notre collègue, M. Le Fort, dans la communication qu'il nous a faite d'un cas analogue (séance du 21 juin 1876, p. 484 du *Bulletin*).

A propos du procès verbal.

M. Verneuil apporte le fluide qu'il a extrait du dernier kyste huileux prélacrymal qu'il a opéré. Ce liquide se coagule dès qu'il est au repos, il est devenu de plus presque incolore. Quant au malade, il a été revu, il y a quelques jours, et une nouvelle ponction n'a donné issue à aucun liquide.

M. Polaillon. M. Guéniot, à l'occasion de ma communicatiun sur la luxation de l'appendice xiphoïde, a signalé un fait semblable comme dû à Mauriceau : c'est Delamotte qui a observé ce fait, du reste fort incomplet.

Communications.

Anévrysme diffus primitif du pli du coude,

par le Dr Cazin, de Boulogne-sur-Mer, membre correspondant.

Mlle R..., de Rue (Somme), couturière, âgée de 17 ans, se trouvant un peu souffrante, fut saignée par un médicastre le 25 janvier 1876. Il fit d'abord au bras gauche deux piqûres infructueuses au niveau de la céphalique, puis une troisième dans les environs de la médiane basilique, qui donna, au dire de la malade, du sang à jet continu (?) mais dont la couleur ne fut pas remarquée. L'écoulement fut arrêté comme d'habitude par la compression. Dès le début de l'opération il se produisit une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Malgré cela, la cicatrisation de la petite plaie cutanée fut rapide. Mais la tumeur persista. Elle était alors assez dure, mais pulsatile; le doigt

appliqué sur elle était soulevé ; elle resta stationnaire jusqu'au mois de juillet, époque où la consistance augmenta et où les battements disparurent complétement. A partir de la cessation des battements il se manifesta un développement marqué et graduel de la tumeur qui, en même temps, paraissait se ramollir.

En septembre, peut-être sous l'influence de la fatigue, il se produisit un gonflement considérable du membre supérieur jusqu'à l'épaule, accompagné de vives douleurs et d'un peu de fièvre. On ordonna des compresses froides qui jointes au repos absolu, amenèrent une rapide diminution de l'œdème. Cette complication détermina néanmoins une augmentation dans le volume de la tumeur.

Au moment où Mlle R... est soumise à mon examen, le 20 octobre, je constate qu'il existe à la région du pli du coude gauche une très-volumineuse tumeur, égalant la dimension d'une tête de fœtus au terme de huit mois, irrégulièrement globuleuse et présentant ainsi que le fait très-bien voir la photographie que je mets sous vos yeux, quatre apparences de lobes ou plutôt quatre points saillants. Elle est le siége d'une fluctuation peu franche ; au niveau des points les plus élevés la sensation de mollesse est plus marquée ; on éprouve en la pressant le même genre de contact que celui que donnent certains encéphaloïdes.

Indolente à la pression, elle est un peu mobile sur sa base qui est large et sessile ; il n'existe pas de sillon profond entre elle et les tissus voisins, mais elle n'envoie aucun prolongement appréciable dans les interstices musculaires ; en somme, elle est assez bien limitée extérieurement. La peau qui la recouvre rosée, tendue, luisante, présentant sur les côtés quelques vergetures, porte encore vers le milieu la cicatrice de la piqûre de lancette, origine du mal. En cet endroit, les téguments sont très-amincis et le doigt sent très-bien le peu d'épaisseur de la paroi. L'examen le plus attentif, contrôlé par plusieurs de mes confrères, ne me permet de percevoir ni battement, ni souffle, ni susurrus, ni thrill, ni frémissement vibratoire.

La compression directe, manuelle ou pratiquée à l'aide d'une bande de caoutchouc tissé, la ligature du membre au-dessus et au-dessous, l'élévation du membre, la compression de l'humérale en dedans du biceps, ne paraissent pas influer d'une manière appréciable sur le volume de cette tumeur.

L'artère radiale bat, mais avec beaucoup moins d'intensité que celle du côté droit, la cubitale se sent des deux côtés avec une égale facilité.

L'humérale en dedans du biceps paraît offrir des battements moins énergiques que du côté du membre sain.

Il n'existe ni gonflement des veines, ni développement du système pileux. Il n'y a pas de ganglions engorgés dans l'aisselle.

La motilité du membre n'est modifiée que par un peu de faiblesse. La flexion et l'extension de l'avant-bras se font assez bien mais sont limitées par la présence de la tumeur.

La malade ne se plaint ni d'engourdissement de la main, ni de crampes; mais elle ressent un peu de douleur quand l'extrémité du membre reste longtemps dans la position déclive. La sensibilité cutanée a très-certainement diminué sur toute la région antérieure et un peu interne de l'avant-bras.

Quant à la calorification, des recherches répétées m'ont conduit à établir une élévation de température au niveau de la tumeur, atteignant la moitié d'un degré. La malade a, du reste, la sensation de cette augmentation de chaleur qu'on ne rencontre pas dans les autres parties du membre.

Enfin pour en finir avec cette énumération, la nutrition de l'avant-bras a été entravée, car la mensuration circonférentielle comparée, donne une atrophie de un centimètre, atrophie appréciable à la vue.

Il n'y a pas à douter que nous sommes en présence d'un anévrysme faux primitif, diffus primitif (Le Fort), quoique les symptômes principaux soient actuellement négatifs. C'est que, ainsi que cela s'observe très-souvent, des caillots se sont formés. Le point essentiel est de savoir si actuellement il existe encore une communication avec l'artère blessée. Évidemment oui, puisque la tumeur augmente, mais il est probable que l'ouverture de communication est petite ou tout au moins oblitérée en partie par des caillots.

La tension extrême des téguments exposant à chaque instant la malade à tous les dangers d'une rupture, l'impossibilité où elle se trouve de se livrer à aucun travail me décident à lui proposer une opération radicale qu'elle accepte.

Je la pratique le 28 octobre, à Boulogne-sur-Mer, avec l'assistance de MM. les Drs J. Perrochaud, Villiette, Delaunay et Harvey. Le chloroforme est administré. Application de la bande d'Esmarch jusqu'au niveau du deltoïde. Une incision verticale parallèle à l'axe du membre intéressant les téguments, le tissu cellulaire, l'expansion aponévrotique du biceps très-amincie, tombe très-vite sur des caillots abondants, noirs à la surface, plus rutilants au centre et de plus en plus diffluents, tout à fait au fond, se rencontrent environ trois cuillerées à café de sang, manifestement artériel. Le poids total des caillots s'élevait à 300 grammes. Il n'existe pas de sacs; mais les parois sont constituées par des tissus cellulaires condensés ou adhérents; par-ci par-là, quelques rares

caillots fibrineux. Après avoir bien nettoyé la plaie, je constate que la cavité est anfractueuse et envoie un prolongement assez étendu entre les deux grandes masses musculaires de la région.

Au fond de la plaie, un vaisseau volumineux, que je regardai comme l'humérale, fortement adhérent en arrière, à parois épaisses, mollasses et friables, présentant, vers son bord interne, une petite ouverture, véritable boutonnière d'un demi-centimètre d'étendue, à bords mousses adossés l'un contre l'autre, et parallèles à l'axe des vaisseaux ; en faisant lâcher un instant le tube compresseur de l'appareil d'Esmarch, je pus m'assurer qu'il en sortait un fin jet de sang artériel.

Il ne fallait pas songer à faire porter une ligature sur des tissus aussi profondément altérés.

J'agrandis l'incision dans la direction de l'humérale et liai avec un fil ciré ordinaire, en dedans du biceps, au tiers inférieur du bras, une artère qui me parut contraster par un petit volume avec celui du vaisseau lésé. Je fis de nouveau enlever le tube compresseur, il ne vint qu'un peu de sang par la fissure ci-dessus signalée; le pouls radial ne battait plus. Par surcroît de précautions, je passai deux épingles, une au-dessus, une au-dessous de la solution de continuité de l'artère et les fixai solidement sur la suture entortillée.

Une suture à l'aide de fils d'argent rapproche les lèvres de la plaie dans les points que j'avais été obligé d'agrandir, en laissant en haut passage au fil à ligature artériel. Le reste de la plaie est bourré de charpie imbibée d'alcool camphré. Enveloppement dans la ouate. Bouteilles d'eau chaude.

Les suites de l'opération furent des plus simples ; les épingles tombèrent le 3e jour. Les fils d'argent furent extraits le 5e. Réunion par première intention. Le fil à ligature, légèrement tiraillé, cède le 13e jour. Au bout d'un mois, la malade regagnait son pays, ne portant plus qu'une plaie étroite insignifiante. Quinze jours après, elle était tout à fait guérie.

Après la ligature de l'artère, le bras n'avait montré qu'un très-léger refroidissement. Cela tenait à une disposition anatomique assez fréquente, à une anomalie artérielle. En effet, dès après l'opération, je pus constater que la cubitale continuait à battre avec la même intensité que du côté opposé. J'avais eu affaire à une bifurcation de l'humérale au-dessus du point où elle se fait habituellement, et ma ligature n'avait porté que sur une radiale *remontée*, permettez-moi l'expression. Cette disposition, que la présence de la tumeur ne me permettait pas de saisir, avait pu jusqu'à un certain point faciliter la maladresse du médicastre, car on sait que lorsque les artères de l'avant-bras ont leur point d'ori-

gine au bras, les artères au pli du coude sont assez souvent plus superficielles.

Je me félicite, au lieu d'avoir recherché l'artère à lier par une incision isolée, classique, comme me conseillait un des assistants, d'avoir instinctivement agrandi mes incisions pour aller à la recherche d'un point sain du vaisseau. Car autrement la cubitale aurait pu être liée en place de l'artère lésée, et force eût été de faire une seconde ligature dont les résultats auraient pu nuire au succès de l'opération.

M. Paulet. J'ai été surpris de voir que l'artère liée par M. Cazin, était la radiale, car le plus souvent, dans ces cas de bifurcation prématurée de l'humérale, c'est la cubitale qui est la plus superficielle.

M. Blot. Je suis étonné de voir que la ligature d'une seule artère ait déterminé l'arrêt de la circulation, car les communications sont tellement fréquentes au bras qu'il faut lier successivement tous les vaisseaux, comme dans un cas que j'ai observé chez Velpeau, pour arrêter le cours du sang.

M. Tillaux. J'admets, comme M. Paulet, que c'est le plus souvent l'artère cubitale qui est la plus superficielle; j'ai cependant vu, il y a quelques jours, la radiale affecter la disposition observée chez le malade de M. Cazin.

M. Trélat signale un fait d'anomalie de la radiale qui, née prématurément, décrivait au niveau du pli du coude une anse pour reprendre sa place.

Lecture.

M. Terrillon lit un travail intitulé :

Les observations des plaies du crâne avec symptômes cérébraux localisées, suivies ou non de trépanation, peuvent-elles servir à l'histoire des localisations cérébrales ?

Élections.

Nomination à trois places de membres associés étrangers :

MM. Ciniselli, de Crémone,
Longmoore, de Netley Southampton,
Michaux, de Louvain,

Sont élus à l'unanimité.

Nomination à six places de membres correspondants étrangers.

MM. Albert, de Vienne,
Amabile, de Naples,
Bryant, de Londres,
Lister, d'Édimbourg,
Saxtorph, de Copenhague,
Symvoulides, de Saint-Pétersbourg,

Sont élus à l'unanimité.

Présentation de malades.

Résection de la tête humérale droite,

par M. Gillette.

Le malade présenté par M. Gillette est un laveur de voitures, âgé de 54 ans, qui, à la suite d'un effort, il y a un an environ, ressentit un craquement dans l'épaule droite : depuis lors il avait conservé une gêne marquée dans les mouvements de cette articulation et, d'après les commémoratifs qu'on a pu recueillir, il fut atteint, en un mot, d'arthrite sèche.

Cet homme, qui est très-courageux, travaillait toujours et ne s'inquiétait pas de ses douleurs, qui étaient du reste passagères, lorsqu'au mois de juillet ou d'août 1876, cette même articulation de l'épaule fut le siége d'un nouveau traumatisme. Au moment où il tenait un cheval par son allonge, l'animal releva la tête et entraînant le bras, le porta brusquement dans l'abduction forcée : douleur vive, nouveau craquement dans l'épaule droite, arthrite consécutive intense, et quand M. Gillette prit le service de M. Désormeaux à l'hôpital Necker à la fin d'octobre, l'état local et l'état général du malade étaient loin d'être satisfaisants.

Il existait une nécrose complète de l'extrémité supérieure de l'humérus avec suppuration articulaire et périarticulaire qui avait nécessité une ouverture faite par M. Désormeaux, restée fistuleuse et dont on voit encore la trace à la partie antérieure de l'épaule. Il y avait aussi un décollement considérable de la paroi antérieure de l'aisselle : le malade maigrissait et dépérissait à vue d'œil.

La résection fut pratiquée, au commencement de novembre, à l'aide d'une incison unique antérieure et verticale (proc. Langenbeck, Malgaigne) intéressant toute l'épaisseur du deltoïde ; les brides retenant encore la tête à la cavité glénoïde furent coupées, et protégeant les parties molles profondes, avec une petite attelle, M. Gillette fit basculer la tête en avant et en dehors et la sectionna avec

la scie à main : le doigt explorant ce vaste cloaque, rencontra des fongosités sur la cavité glénoïde et sous la voûte acromio-claviculaire, elles furent un peu abrasées, mais non d'une façon complète; le tendon du biceps, détruit déjà en partie, fut très-probablement intéressé.

Les suites furent simples, le pansement consista dans l'introduction, au fond de la plaie, de la charpie trempée dans un mélange à parties égales d'alcool et de glycérine; le bras resta immobilisé par un appareil plâtré, puis un appareil silicaté.

La température ne s'éleva pas au-dessus de 38°, la fièvre fut très-modérée, un petit abcès se manifesta au poignet parce que l'appareil avait été un peu trop serré.

Aujourd'hui, 10 janvier 1877, la guérison est complète : les mouvements sont encore limités, surtout celui d'abduction, mais le malade se sert très-bien de son membre peut soulever des fardeaux assez lourds et a recommencé à travailler; il est, en somme, très-satisfait de son état.

Présentation de pièces.

Deux calculs salivaires extraits du canal de Warthon,

par M. Horteloup.

Le malade, qui présentait ces deux calculs, est âgé de 48 ans, et il est professeur dans un lycée de Paris.

Depuis 10 ans, il se plaignait d'avoir, de temps en temps, une grosseur au-dessous de la mâchoire inférieure ; cette glande, comme l'appelait ce malade, disparaissait seule sans aucun traitement et sans avoir jamais provoqué d'inflammation. Au mois de mai de cette année, M. X.... aperçut, sous sa langue, une petite tumeur dure; je constatai dans la portion horizontale du canal de Warthon, un calcul gros comme un pois.

Le malade, qui ne souffrait nullement et qui n'éprouvait aucune gêne, ne voulut pas se décider à la faire enlever, et il ne vint me retrouver au mois de novembre, que parce qu'il trouvait une légère augmentation. Je constatai, non-seulement l'augmentation, mais encore la présence d'un second calcul se prolongeant jusqu'au bord du maxillaire ; en comprimant le plancher de la bouche, on développait un léger frottement entre ces deux calculs.

L'extraction du premier calcul fut très-facile, mais il ne fut pas possible de faire glisser le second calcul par la boutonnière, et je fus obligé d'inciser le canal dans une grande étendue. Ces calculs, l'un est arrondi, l'autre est allongé et pointu, ont une longueur totale de 4 centimètres, et ils pèsent 3 gr. 30.

Les deux extrémités, qui se trouvaient en contact, présentaient de

petites surfaces articulaires. Contrairement à ce qui s'observe dans la majorité des cas, la grosse extrémité du calcul n'était pas dirigée sur la glande.

J'appellerai l'attention sur la rapidité, avec laquelle le second calcul semble s'être formé, lorsque je vis le malade, pour la première fois, tout le plancher de la bouche était souple et normal; sept mois après, on sentait en arrière du premier calcul, une résistance qui ne laissait aucun doute sur la présence d'un second calcul.

Ces calculs sont composés de phosphate et de carbonate de chaux, plus une petite quantité de magnésie; eu outre, ces sels sont empâtés dans une couche albuminoïde qui se trouve répandue dans toute la masse.

Lorsqu'on pratique une coupe longitudinale du calcul, on trouve un noyau, gros comme un grain de millet, logé dans une petite cavité. Ce noyau ressemble à un véritable corps étranger; il est composé des mêmes sels que les couches excentriques, mais il est recouvert par une couche jaunâtre, qui n'est autre chose qu'une couche de matière organique, ainsi qu'on peut le constater en la faisant brûler, car elle se gonfle et laisse un dépôt de charbon.

La formation des calculs salivaires est fort peu connue, mais il me semble que l'on peut admettre, dans ce cas, que le petit noyau a pris naissance dans la glande même, puis, qu'arrivé dans le canal de Warthon dont il n'a pas pu sortir il a joué le rôle d'un corps étranger autour duquel s'est formé le calcul.

M. Paulet. Ce qu'a dit M. Horteloup, au sujet de la rapide production de son second calcul, n'a rien qui me surprenne. J'ai montré moi-même à la Société deux calculs du canal de Warthon; le malade que j'ai revu dernièrement présente plusieurs pierres dans l'épaisseur de la glande sous-maxillaire.

La Société se forme en comité secret à cinq heures.

Le secrétaire annuel,

Cruveilhier.

Séance annuelle du 17 janvier 1877.

Présidence de M. Houel.

M. le président prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

Conformément à l'usage et aussi pour satisfaire à l'obligation que me font nos statuts, permettez-moi, dans cette séance annuelle,

de vous faire connaître la situation morale et financière de notre Société.

Nous avons pour la seconde fois inauguré notre nouveau mode de publication, et le volume de cette année n'a rien à envier à son aîné ; comme vous avez pu vous en convaincre, il a été rédigé avec un soin tout particulier, par notre secrétaire, M. Paulet, et vous vous joindrez à moi pour le remercier de son zèle et de son exactitude, car le 5 de chaque mois, notre livraison vous était remise ; c'est un exemple à recommander à ses successeurs. Aussi ne serez-vous point étonnés d'apprendre que le nombre de nos souscripteurs s'est augmenté d'une façon notable.

Bientôt, Messieurs, nous serons, je l'espère, en mesure de donner plus d'extension à nos publications sans aggraver nos charges, surtout si, comme j'ai lieu de l'espérer, quelques ministères viennent à souscrire à un certain nombre d'exemplaires de nos bulletins pour les bibliothèques de leurs établissements.

La Société de chirurgie possède aujourd'hui un grand nombre de volumes, de bulletins et de mémoires, qui lui assurent à jamais une place honorable parmi les sociétés savantes. On peut dire, comme le rappelait dernièrement notre secrétaire général, que c'est dans nos discussions qu'existe aujourd'hui la chirurgie en France, et que devront à l'avenir puiser les auteurs des traités didactiques.

Vous avez pu voir avec quel zèle ont été suivies nos séances, qui ont été tellement remplies qu'il a souvent été difficile à votre président de satisfaire tous les membres de la Société ; le temps dont nous pouvions disposer était trop restreint : on peut dire que c'est un heureux privilége qui n'appartient point à tous les corps savants et qui prouve la vitalité de la Société de chirurgie. Mais je ne veux point vous entretenir plus longuement des travaux accomplis pendant l'année qui vient de s'écouler, M. le secrétaire vous les rappellera dans un instant.

Plus heureux qu'un grand nombre de mes prédécesseurs, j'ai la rare et bonne fortune, cette année, de pouvoir vous dire que nous n'avons point perdu de membres titulaires ni de membres honoraires ; espérons qu'il en sera ainsi de longtemps. La Société a été assez rudement éprouvée depuis plusieurs années où nous avons vu quelques-uns de nos jeunes collègues frappés avant l'âge. L'éloge que vous lira tout à l'heure M. le secrétaire général ne justifiera que trop mes paroles.

Un seul de nos collègues, M. Alphonse Guérin, a échangé son titre de membre titulaire pour celui de membre honoraire ; M. Guérin ne sera point perdu pour nous, nous espérons qu'il voudra bien, à l'exemple de quelques-uns de ses collègues, s'asseoir sou-

vent parmi ses anciens amis, et continuer, comme par le passé, à prendre part à nos travaux.

Trois de nos jeunes collègues, MM. Théophile Anger, Gillette et Delens, auxquels je suis heureux de souhaiter la bienvenue, ont ont été nommés cette année. Notre Société se trouve ainsi presque au complet, espérons que de nouveaux vides se feront longtemps attendre.

Nous avons perdu cette année trois membres associés étrangers, tous illustres par leur haute position, et dont il me suffira de vous dire les noms pour vous rappeler leurs nombreux travaux : M. Chelius père, de Heildelberg; M. Wleminck, ancien inspecteur général du service de santé de l'armée belge, président de l'Académie royale de médecine de Belgique; M. Stromeyer, de Hanovre. Ces trois membres, vous venez de les remplacer par trois noms également illustres, appartenant à la chirurgie étrangère, à savoir : MM. Ciniselli, de Crémone, Longmoore, professeur à l'Ecole de médecine militaire de Netley, et M. Michaux de Louvain.

Nous avons perdu cinq membres correspondants nationaux, à savoir : M. Letenneur, professeur de clinique chirurgicale à Nantes; M. Petrequin, ex-chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon; Isnard, chirurgien des hôpitaux militaires ; Putégnat, de Lunéville, et Valette, de Lyon. La mort de cinq de nos collègues a créé au sein de notre Société cinq vacances qui, ajoutées à cinq autres qui n'étaient pas remplies, ont porté à dix le nombre des places vacantes parmi les correspondants nationaux; cinq de ces places ont été remplies par l'adjonction de cinq nouveaux membres qui sont : MM. Cras, de Brest, Poncet, de Cluny, professeur agrégé au Val-de-Grâce ; Liétevant, Devalz, et Baudon.

Un seul membre correspondant étranger est mort cette année, c'est M. Pitha, de Prague. Mais comme la Société avait à sa disposition un certain nombre de places, la commission chargée d'examiner les titres des candidats, en raison de leur valeur personnelle, vous a proposé de faire six nominations nouvelles, qui sont : MM. Albert, de Vienne ; Amabile, de Naples ; Bryant (Th.), de Londres; Lister, d'Edimbourg; Saxtorph, de Copenhague, et Symvoulides, de Saint-Pétersbourg.

Un changement important qui, aux termes de notre règlement, ne doit avoir lieu que tous les cinq ans, s'est produit cette année au sein de la Société. Notre collègue, M. Guyon, a fait pendant cinq années consécutives les fonctions de secrétaire général; ces fonctions sont loin d'être une sinécure, et vous savez avec quel soin scrupuleux notre collègue les a remplies ; je pense que vous voudrez bien le remercier avec moi du zèle avec lequel il a géré les intérêts de la Société de chirurgie.

Malgré les démarches qu'a faites votre bureau, nous ne sommes point encore en possession du legs Demarquay, mais j'espère que prochainement la Société pourra le réaliser. L'année dernière, nous devions décerner, pour la première fois, le prix Gerdy ; mon prédécesseur, M. Le Fort, dans la séance annuelle, vous a fait connaître que la commission n'avait encore pu se prononcer sur le mérite relatif des trois mémoires envoyés pour le concours. Ce n'est que dans la séance du 24 juin de cette année, que le prix a pu être décerné. Il a été accordé à M. Puel, de Figeac, et une mention honorable a été donnée à M. Cauvy, de Béziers.

Grâce à la générosité de nos bienfaiteurs, quand nous serons mis en possession du legs de notre collègue Demarquay, la Société aura quatre prix à décerner : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy et le prix Demarquay. Deux de ces prix, ceux Gerdy et Demarquay, ne sont décernés que tous les deux ans. Ces libéralités feront affluer, je n'en doute pas, à notre Société, un grand nombre de travaux originaux, et nous n'aurons souvent que l'embarras du choix, si j'en juge par ce qui s'est passé cette année pour le prix Laborie. Mais nos bienfaiteurs qui, en fondant ces prix, ont eu en vue les intérêts de la Société, ont-ils atteint leur but? Je ne veux point discuter longuement ce point délicat, mon prédécesseur M. Lefort l'a examiné l'année dernière avec soin. Je dirai avec lui qu'une partie de l'avenir des sociétés est dans leur état financier, qui leur permet de publier leurs travaux. La Société de chirurgie, grâce au succès de notre nouveau mode de publication, est en mesure de faire face à ses dépenses, mais si nos bienfaiteurs à venir imitaient M. Huguier, entraient dans cette voie de laisser à la Société le soin d'employer leurs dons généreux pour le mieux de nos intérêts, ils faciliteraient notre œuvre et nous permettraient ainsi de donner encore un plus grand développement à nos travaux.

Vous avez entendu, Messieurs, dans votre dernière séance, le rapport fait sur nos finances par notre trésorier, M. Nicaise; malgré l'augmentation de nos dépenses, la Société se trouve dans un état relativement prospère qui ne pourra qu'augmenter, ce qui nous permettra dans l'avenir d'améliorer encore nos publications. Je crois être votre interprête en rendant ici hommage à notre trésorier qui s'est occupé avec un grand zèle des intérêts de la Société.

Permettez-moi, Messieurs, en terminant ce court exposé de notre position morale et financière, de vous remercier du grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider vos délibérations et du concours bienveillant que vous m'avez toujours prêté, ce qui a rendu ma tâche facile.

M. Paulet, secrétaire annuel, lit le compte rendu de la Société pendant l'année 1876.

Messieurs,

Chaque année, à pareil jour, votre secrétaire annuel vous expose le résumé de vos travaux, en même temps qu'il vous exprime ses remerciements et vous fait part de l'embarras où il s'est trouvé alors qu'il s'agissait de parfaire sa tâche. Je n'aurai garde de manquer à un tel usage et, avant de vous donner lecture du compte rendu que j'ai dû rédiger, de par le règlement, laissez-moi vous remercier pour l'aide que chacun de vous a bien voulu me prêter dans l'accomplissement de mes fonctions. On s'imagine généralement que la tenue de vos procès-verbaux présente une certaine difficulté. C'est là une erreur que j'ai partagée comme tant d'autres, mais dont je suis aujourd'hui bien revenu, après avoir occupé pendant un an la place d'où j'ai l'honneur de vous parler. Non, Messieurs, grâce à vous, rien n'est plus facile que de reproduire jusque dans ses moindres détails la physionomie de vos séances. Votre secrétaire annuel tient la plume, je le veux bien ; mais, en somme, c'est vous qui parlez et, permettez-moi de vous le dire entre nous, vous vous en acquittez de telle façon qu'il lui suffit d'écrire sous votre dictée pour obtenir, sans fatigue, des procès-verbaux dont vous seuls devez être rendus responsables et dont je n'aurai pas l'outrecuidance de relever le mérite..... pour ne pas froisser votre modestie.

Quant à l'embarras *traditionnel*, je l'ai éprouvé comme tous mes devanciers et comme l'éprouveront probablement aussi tous mes successeurs, me demandant s'il ne conviendrait pas de mettre plus spécialement en lumière quelques-uns des nombreux travaux qui ont été portés à votre tribune, et de laisser les autres dans l'ombre, auquel cas je n'aurais plus eu que l'embarras du choix, ou bien s'il n'était pas préférable, et plus juste à la fois, de mentionner ici, sans distinction, la totalité des matières traitées pendant l'année. Bien que le premier de ces deux partis me tentât fortement, je vous l'avoue, c'est au dernier que j'ai cru devoir m'arrêter, pour des raisons maintes fois exposées ici et sur lesquelles je n'ai pas à revenir. Mais, ainsi que vous l'allez voir dans un instant, le nombre des sujets dont s'est occupée la Société de chirurgie, pendant l'année 1876, est tellement considérable que la place dont je puis disposer en faveur de chacun d'eux va se trouver bien restreinte, et que je devrai nécessairement me borner à une énumération successive ; ressemblant en cela, quelque peu à l'huissier de nos réceptions officielles, alors qu'il annonce à tour de rôle chacun des grands corps de l'État. Sans doute, il eût été

possible d'enlever à cette sorte de défilé une partie de son aridité, en donnant une certaine place à la critique; mais alors, ce compte rendu eût pris une extension..... que je vous épargnerai, dans mon intérêt, car elle vous ferait bien vite regretter la bienveillance que vous m'avez accordée jusqu'ici. J'entre donc en matière, sans autre préambule.

Au commencement de l'année, dans la séance du 26 janvier, M. Verneuil appelait l'attention de la Société sur les merveilleux résultats fournis par le pansement de Lister dans le service de M. Saxtorph et sur ceux, plus merveilleux encore, qu'en obtenait, en 1875, le Dr Annendale qui, sur 22 résections de la hanche, n'enregistrait pas un seul décès. A l'appui du rapport de M. Verneuil, MM. Guyon et Lucas-Championnière nous citaient, quelques mois après, les succès que leur avait donnés la méthode antiseptique, dont ils sont devenus tous deux zélés partisans, après l'avoir expérimentée. Votre secrétaire croit ne pas se tromper en affirmant que l'opinion de nos collègues est partagée par la plupart des membres de cette Société, malgré l'opinion contraire soutenue par M. Desprès.

Puisqu'il est ici question du pansement des plaies, laissez-moi vous rappeler en passant le rapport de votre secrétaire annuel sur un mémoire dû à un modeste chercheur, M. le Dr Touraine, l'inventeur du coton hydrophile.

Parmi les travaux relatifs à l'étude de la contusion et des plaies contuses, il convient de citer le substantiel mémoire de M. Gillette sur les traumatismes produits par la bouche du cheval. Une curieuse observation due à M. Nicaise et relative à un épanchement sanguin du genou consécutif à une contusion remontant à 14 mois, a donné lieu à une intéressante discussion à laquelle ont pris part MM. Sée, Verneuil, Trélat et Le Fort. L'objet de la discussion était de savoir s'il s'agissait là d'un épanchement ancien ou récent, de sang altéré ou conservant encore ses caractères normaux. Comme on le voit, c'est une question toute de fait, que l'examen direct pourra seul résoudre. En attendant, *adhuc sub judice lis est*. A propos de cette discussion et dans le but d'y apporter quelque lumière, M. le Dr Gouzy vous a envoyé une observation ayant pour titre : *Kyste sanguin ancien simulant un lipôme*. Mais, il ne me paraît pas que le présentateur ait atteint son objectif, car il ne manque à son observation, fort bien prise d'ailleurs, qu'une seule chose : l'examen du contenu de la tumeur, c'est-à-dire ce qu'il fallait démontrer.

Il semble que les études se rapportant à la thérapeutique du tétanos traumatique soient entrées dans une période de ralentissement, car nous n'avons eu cette année, qu'un seul travail et qu'une

seule discussion concernant cette importante question. Le travail est un rapport de M. Verneuil sur deux observations de tétaniques traités par le chloral et ayant donné une guérison et un décès à MM. Laurens de Montpezat et Bresson. La discussion a été soutenue par MM. Tillaux, Desprès, Sée, Lannelongue, Blot, Ledentu. et a fourni à M. Larrey l'occasion de proposer pour combattre le tétanos traumatique le nouvel et énergique agent de sudation, le sialagogue par excellence, le jaborandi.

Les affections du système osseux ont été l'objet d'assez nombreuses communications. En première ligne se placent les déviations rachitiques et leur traitement par les méthodes de violence telles que l'ostéotomie ou le redressement brusque. Dans la séance du 16 février, M. Tillaux, rendant compte d'un mémoire de M. J. Boeckel sur *l'ostéotomie dans les cas de déviations rachitiques,* faisait observer que cette opération, considérée comme grave en France, est employée avec succès en Allemagne dans un très-grand nombre de cas. Malgré les faits encourageants cités dans le mémoire de M. Boeckel, malgré les quelques paroles prononcées en faveur de l'ostéotomie par MM. Labbé et Panas, il ne m'a pas paru que la société se soit montrée animée du moindre enthousiasme pour cette opération d'origine *toute française*, ainsi que l'a établi M. Guérin. MM. Lefort, Trélat, l'admettent pour des sujets atteints de 11 ou 12 ans, mais alors seulement qu'il n'y a plus à compter sur le redressement par les moyens de douceur. MM. Blot et Depaul la rejettent absolument, ainsi que M. Marjolin, et ce dernier lui porte un rude coup en lisant à votre tribune la longue et intéressante lettre du Dr Perrochaud, de Berck, lettre qui montre jusqu'à l'évidence la possibilité d'obtenir le redressement spontané des déviations rachitiques des membres sous la seule influence d'une bonne hygiène et de l'atmosphère maritime. Au mois de juillet, la question se représente à propos d'un malade auquel M. Tillaux a pratiqué le redressement du genu valgum par la méthode de Delore, et la discussion se ranime entre MM. Lannelongue, Forget, Anger, Ledentu, Houel, de Saint-Germain, Sée, Tillaux, Marjolin, Blot, entre les partisans du redressement par la fracture et ceux qui préfèrent avoir recours aux appareils aidés de la thérapeutique préconisée par le Dr Perrochaud.

M. Terrillon continue ses recherches sur *le frottement sous-scapulaire*, et le soin tout particulier qu'il met à étudier ce sujet aussi complétement que possible nous a valu cette année trois nouvelles observations, à propos desquelles M. Ledentu vous a lu un intéressant rapport.

Le nom de M. Ledentu revient encore sous ma plume, lorsqu'il s'agit de vous rappeler les travaux relatifs à l'étude des fractures.

Le 2 février, notre collègue nous a communiqué une observation de *fracture du col chirurgical de l'humérus* à sa partie la plus élevée, prouvant que, dans des cas semblables, lorsque le gonflement est un peu considérable, il peut être très-difficile de diagnostiquer soit une fracture, soit une luxation, et que la consolidation, quoique tardive, peut encore se faire, malgré un très-grand déplacement, et alors même que les fragments se sont complétement abandonnés.

Mentionnons ensuite, un cas de *fracture spontanée du fémur* consécutive à une ostéomyélite de cet os, par M. Fleury, de Clermont; un cas de *fracture du calcaneum par écrasement*, compliqué de plaie, par M. Puel, de Figeac; un rapport de M. Horteloup sur *deux observations de fractures de la clavicule* communiquées par M. Moré, de Barneuil. Vous vous rappelez sans doute que dans l'une de ces deux observations, la fracture fut suivie d'oblitération de l'artère axillaire, d'où une discussion dans laquelle le rapporteur expliquait ce fait par une périartérite concomitante, tandis que M. Verneuil admettait plus volontiers l'existence d'une fissure de la paroi artérielle. A ce propos, MM. Polaillon, Tillaux et Terrier nous ont cité des faits instructifs.

M. Verneuil s'attache, depuis plusieurs années à déterminer l'influence que les affections générales peuvent avoir sur la marche des lésions traumatiques. Il nous communiquait encore ici, le 11 octobre dernier, cette si curieuse observation d'un homme atteint de paralysie générale et chez lequel survint spontanément un affaissement de plusieurs corps vertébraux sans abcès par congestion appréciable.

Un traumatisme considérable, un écrasement de l'avant-pied gauche, a donné à M. Panas l'occasion de pratiquer une amputation tibio-tarsienne chez un malade qui a guéri après avoir traversé tout une longue période de fusées purulentes, ainsi que cela arrive si fréquemment. Vous avez vu l'opéré et, outre MM. Verneuil, Nicaise, Desprès, Trélat, vous avez entendu, à ce propos, M. Perrin soutenir, chiffres en main, la supériorité de la désarticulation sous-astragalienne, contre M. Le Fort qui préfère l'amputation ostéoplastique exécutée d'après son procédé.

Deux mémoires, tous deux relatifs à la thérapeutique de la coxalgie, tous deux fort remarquables bien que concluant d'une façon différente, vous ont été présentés, l'un par M. Cazin, membre correspondant depuis plusieurs années, l'autre par M. Baudon, membre correspondant de fraîche date. Le premier est intitulé : *Statistique des coxalgies suppurées traitées à l'hôpital de Berck*, je n'ai pas besoin de vous rappeler que l'auteur y exalte les bienfaits du traitement maritime et que, parmi vous, MM. Marjolin,

Verneuil, Anger, d'autres peut-être que j'oublie, tous ou presque tous enfin, vous avez été du même avis que M. Cazin; ensemble remarquable, accord parfait, dans lequel le scepticisme de M. Desprès a seul donné sa note dissonnante.

Le mémoire de M. Baudon sur l'*opportunité de la résection dans la coxalgie osseuse*, contient trois observations personnelles sur lesquelles l'auteur a obtenu deux succès. Vous en avez entendu la lecture avec un vif intérêt et M. Lucas-Championnière, dans son consciencieux rapport, l'a jugé digne de figurer dans vos bulletins.

Depuis longtemps on sait que la paralysie du deltoïde est une conséquence possible des luxations de l'épaule et l'on a supposé avec raison que le nerf circonflexe était tiraillé, comprimé ou contus au moment où la luxation se produit ou au moment de sa réduction. Mais personne ne s'était occupé de la *paralysie du rameau cutané du circonflexe* avant M. Anger dont le mémoire a été si bien analysé par M. Nicaise. Le signe donné par M. Anger complète d'une façon très-heureuse ce que nous savions jusqu'ici sur la symptomatologie des luxations scapulo-humérales et de leurs complications. Dans le même ordre d'études, M. Surmay vous a communiqué un fait très-rare de luxation du quatrième métatarsien droit en haut, sur le cuboïde. Enfin M. Périer, dans un rapport élogieux, mais juste, vous faisait connaître les nouvelles recherches de M. Farabeuf sur *la luxation du pouce en avant.*

Les cas de *sutures des tendons* sont rares; pourtant, vous avez eu la bonne fortune d'en enregistrer trois nouveaux exemples dans vos bulletins cette année : l'un dû à M. Duplay, un autre à M. Terrier et un troisième à Tillaux. Ce dernier ne figure, il est vrai, que sous forme de simple indication; mais notre collègue nous en a promis l'observation *in extenso.*

M. Trélat vous a présenté le malade auquel il a extirpé, l'an dernier, un énorme *fibro-myxôme du nerf sciatique* et dont il a pu compléter cette année l'intéressante observation. M. Notta vous a communiqué sur un cas de *névrôme du nerf median* dont il a pratiqué l'ablation et MM. Verneuil, Terrier, Paulet et Ledentu ont soulevé, à ce sujet, une discussion de laquelle il résulte, entre autres choses, que la suture des nerfs est loin d'avoir l'efficacité que certains chirurgiens lui attribuaient, il y a quelques années.

Dans la séance du 22 mars, M. Le Fort donnait lecture d'un travail plein de judicieuses remarques sur les *paralysies* avec atrophie aiguë de quelques groupes de muscles dans certaines affections articulaires et en particulier dans l'hydarthrose. Le même jour, M. Desprès montrait un jeune homme atteint d'*hémitrophonévrose;* toutefois, il est juste d'ajouter que le diagnostic

de notre collègue n'a pas été accepté sans discussion. MM. Nicaise et Paulet, par exemple, ont cru voir dans ce cas plutôt une simple atrophie des os d'une des moitiés de la face qu'une véritable aplasie lamineuse.

Un rapport de M. Perier sur *deux observations de spina bifida* traité par la ligature élastique, observations dues à M. Mouchet, de Sens, a soulevé d'unanimes protestations contre l'intervention chirurgicale dans les cas d'hydrorachis. MM. Blot, Polaillon, Boinet, Larrey, Guéniot, Desprès, Houel, Depaul ont émis l'avis qu'en thèse générale il n'y avait pas lieu d'opérer ces tumeurs qui contiennent presque toujours soit des nerfs, soit une portion de la moelle.

Que dire du mémoire de MM. Mathieu et Maljean? — Étude clinique et expérimentale sur les altérations du sang dans la fièvre traumatique et les fièvres en général — sinon que c'est un excellent mémoire. Que dire du rapport de M. Terrier? sinon que c'est un excellent rapport.

Les travaux concernant les hémorrhagies artérielles, les anévrysmes et l'hémostase doivent être comptés parmi ceux qui occupent le plus de place dans vos bulletins et mémoires pour 1876. C'est d'abord une observation de M. Panas intitulée : *Plaie de l'aisselle droite par instrument piquant et tranchant, hémorrhagies consécutives répétées, ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes, guérison.* C'est ensuite un cas dans lequel M. Nicaise a lié, dans la plaie même, l'*artère radiale* blessée au niveau de la tabatière anatomique, en s'aidant de l'appareil d'Esmarch. C'est encore un *anévrysme poplité* traité par M. Prestat et guéri par la compression digitale; un rapport de M. Ledentu sur un cas d'*anévrysme de l'artère iliaque externe* communiqué par M. Fochier qui a lié le tronc artériel immédiatement au-dessus du sac; un rapport de M. Verneuil sur diverses brochures de MM. Caselli, Clementi et Walter Reid, se rapportant au traitement des anévrysmes; enfin une singulière observation de tumeur de la cuisse simulant un encéphaloïde et paraissant formée par un anévrysme résultant de la rupture des divisions d'une des artères du couturier, par MM. Fleury et Fredet.

Comme recherches relatives à l'hémostase, il faut citer le mémoire de M. Kœberlé dans lequel l'intérêt scientifique ne suffit peut-être pas pour faire tout à fait oublier l'âpreté de la revendication; une très-attachante communication de M. Houzé de l'Aulnoit sur l'*hémostase définitive et naturelle, obtenue par l'élévation du membre et le pansement à la période anémique*, communication dans laquelle l'audace de notre collègue paraît avoir été payée jusqu'ici d'un succès complet; enfin, pour clore cette longue liste,

le mémoire vraiment magistral de M. Tillaux sur *la torsion des artères* et la discussion consécutive dans laquelle se sont fait entendre MM. Larrey, Desprès, Anger, Le Fort et Perrin.

A côté de cette abondance se place une disette relative touchant les affections du système lymphatique : un seul travail, celui de M. Nepveu sur *l'inflammation des lymphangiectasies ganglionnaires;* un seul rapport, celui de M. Verneuil concernant ce mémoire. Un seul ! mais c'est ici le cas de répéter le vieil aphorisme: *non numerandæ...*

J'ai hâte de terminer cet interminable compte rendu et pourtant le nombre des matériaux qu'il me reste à déblayer est encore bien imposant.

Trois observations de fracture du crâne; la première est due à M. Marvaud, la seconde à M. Perier; dans ces deux cas, la trépanation, pratiquée à propos, a donné les plus heureux résultats. La troisième, rédigée avec soin par deux chirurgiens distingués de la marine, MM. Le Bourdellès et Guérard de la Quesnerie, a été l'objet d'un rapport de M. Verneuil, qui y a trouvé l'occasion d'établir une fois de plus l'influence des maladies constitutionnelles — ici c'était la cachexie palustre — sur les lésions traumatiques.

Sous la rubrique *ophthalmologie*, je placerai toute une série d'importantes communications dont la moindre mériterait certainement plus qu'une mention banale. En voici la liste par ordre de présentation :

16 février. — Rapport de M. Perrin sur un travail de M. Poncet intitulé : *Note sur un cas de rétinite pigmentaire.*

16 février. — *Optomètre* du Dr Badal.

22 mars. — Communication de M. Gayet sur *une opération de blépharoplastie* après l'ablation totale des paupières.

3 mai. — Présentation de l'*ophthalmoscope* de M. Landolt, par M. Trélat.

10 mai. — Mémoire de M. Le Fort sur *deux cas de glaucôme aigu guéri en quelques heures par la paracentèse scléro-choroïdienne.* — Je vous rappellerai brièvement à ce sujet que, dans la discussion qui a suivi, MM. Giraud-Teulon et Perrin se sont demandé si l'existence du glaucôme avait été bien démontrée chez les deux malades de M. Le Fort.

5 juillet. — Rapport de M. Panas sur un nouveau travail de M. Poncet : *Étude sur le glaucôme hémorrhagique et le synchisis étincelant.*

Viennent enfin une note de M. Panas sur *la structure de l'espace vaginal du nerf optique ;* la présentation de l'*ophthalmoscope* du Dr Badal et *deux observations d'ectropions* opérés et guéris par M. Brière, du Havre.

Combien je regrette de ne pouvoir vous reproduire, sinon dans leurs détails, au moins à grands traits les communications de MM. Trélat et Fredet sur la relation du psoriasis lingual et du cancroïde; celles de MM. Lannelongue, Delore et Lizé sur l'opération du bec-de-lièvre plus ou moins compliqué, et l'opération de M. Verneuil sur un voile du palais adhérent au pharynx, et l'ablation d'odontome pratiqué par M. Panas, et tant d'autres observations de MM. Dumenil, Faucon, Ollier, Tillaux, Dauvé, Desprès. Mais il faut savoir se borner, et, à défaut d'un exposé plus complet des affections de la tête, qu'il me soit permis d'indiquer en passant l'observation intitulée par M. Sée : *Tumeur du larynx et de la trachée consécutive à l'ouverture dans les voies aériennes d'un kyste thyroïde,* et celle de M. Devalz, l'un de nos nouveaux correspondants, sur un *kyste congénital du tissu cellulaire du cou.*

Dans la séance du 26 juillet, M. Polaillon, toujours heureux en fait de trouvailles tératologiques, nous apportait un cas très-rare *d'oblitération congénitale* siégeant au milieu de la longueur de l'intestin. Plus tard, au mois d'octobre, un bon mémoire de M. Berger, et un rapport de M. Anger, signalaient à la Société un ordre de faits encore peu étudiés : je veux parler *des phénomènes nerveux que l'on observe dans l'étranglement herniaire;* ce qui amenait bientôt à votre tribune M. Nicaise et son travail sur *l'hémiplégie dans la hernie étranglée.*

Les maladies chirurgicales des organes génitaux de l'homme ont aussi fourni un large contingent à votre publication. Des extractions de calculs volumineux ou de corps étrangers de la vessie ont été faites par MM. Fleury de Clermont, Sarazin et Lefort.

Dans un cas singulier, mais non pas unique dans la science, rapporté par M. Bertin, de Gray, un calcul vésical ou prostatique sortit spontanément par un abcès du périnée. J'allais oublier cette pièce si remarquable par son extrême rareté, ces calculs de matière grasse, *d'urostéalithe,* rencontrés par M. Chauvel chez un individu qui avait succombé à un cancer de la vessie et du rectum.

Un ingénieux procédé opératoire a permis à M. Le Fort de reconstituer la paroi abdominale antérieure chez un individu atteint *d'exstrophie de la vessie.* C'est un succès à ajouter aux quelques autres, bien peu nombreux, actuellement connus dans la science.

Après avoir pris note de la communication de M. Ollier sur l'*hématocèle de l'épididyme* et de l'observation de M. Depaul sur un *cancer du testicule chez un enfant de 10 mois*, il ne me restera plus, pour en finir avec ce sujet, qu'à vous mentionner le mémoire de M. Cras et le rapport de M. Guyon sur les *lésions traumatiques de l'urèthre*, tous deux riches de faits bien observés, dignes d'éloges à tous égards et marquant une véritable étape dans la thé-

rapeutique des ruptures uréthrales. Il est entendu que je ne dois pas passer sous silence la suite de ce mémoire et de ce rapport, c'est-à-dire l'exposé si lucide et si élégant de M. Rochard, ainsi que les remarques de MM. Verneuil, Le Fort, Duplay et Trélat.

Parmi les affections des organes génito-urinaires de la femme, il me suffira d'indiquer : une observation de *kyste de la glande vulvo-vaginale*, par M. Lizé ; un cas de *fistule vésico-vaginale avec oblitération du vagin à sa partie moyenne*, recueilli par MM. Nicaise et Desprès ; un travail de M. Delore, sur le traitement des kystes de l'ovaire par le *drainage abdomino vaginal ;* une étude de M. Jude Hue sur la *périnéorrhaphie*, accompagnée d'un rapport de M. Guéniot ; un cas de *déchirure du col utérin* pendant le travail, par M. Polaillon ; des observations d'*ovariotomie* de MM. Sarazin et Terrier ; une communication de M. Blot concernant l'*emploi des anesthésiques dans les accouchements.* Je terminerai cette énumération en vous rappelant la longue et intéressante discussion sur les rapports réciproques de la grossesse et du traumatisme. Ainsi que vous devez vous en souvenir, le point de départ de cette discussion a été un fait de M. Nicaise portant ce titre : *sarcome périostal de l'humérus chez une femme enceinte de huit mois, désarticulation de l'épaule, guérison.* Puis est venue l'observation d'épiplocèle traumatique de M. Arlaud, suivie bientôt après d'un travail de M. Verneuil, d'une note de M. Cazin, de M. Cavaillon, de M. Déchaux, et surtout du volumineux et consciencieux mémoire de M. Guéniot, sur lequel je regrette de ne pouvoir insister davantage.

Vous le voyez, Messieurs, malgré ma promesse, malgré mon vif désir, j'ai prolongé cette lecture peut-être un peu plus qu'il n'aurait fallu ; je crains même d'avoir lassé votre attention, et c'est pourtant là ce que je voulais surtout éviter. Mais à qui la faute ? A vous d'abord qui avez produit en une année un volume si bien rempli. Que ne travailliez-vous moins ! vous m'eussiez laissé moins à faire. Il est vrai que l'insuffisance de votre secrétaire annuel doit peser de quelque poids dans la balance et que lui seul est coupable de n'avoir point su s'élever à la hauteur de la tâche qu'il avait à remplir. Toutefois, si vous avez eu l'ennui de m'écouter si longtemps, il vous reste du moins une compensation : c'est le sentiment d'avoir coopéré d'une manière efficace à l'œuvre commune qui nous occupe tous ; et chacun de vous, le cœur content, peut se dire en sortant d'ici : « Allons ! je n'ai pas perdu mon année. »

ÉLOGE DE GIRALDÈS,

Ancien président de la Société de chirurgie, chirurgien honoraire de l'hôpital des enfants malades, membre de l'Académie de médecine, de la Société de biologie, de la Société anatomique, officier de la Légion d'honneur,

PRONONCÉ DEVANT LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

le 17 janvier 1877,

par M. **Félix GUYON**, secrétaire général.

Messieurs,

Joachim-Albin Cardozo Cazado Giraldès, est né à Porto, royaume de Portugal, le 24 avril 1808. A cette époque, son père, Joachim-Pierre Cardozo Cazado Giraldès, était colonel au service de Sa Majesté très-fidèle. Sa mère, Marie-Albina-Maxima Nogueira, appartenait comme son mari à une noble famille portugaise.

Le colonel Giraldès était à la fois un militaire distingué et un homme de science, auteur d'un traité complet de Cosmographie et de Géographie historique.

Chargé par son gouvernement d'une mission scientifique qui nécessitait un assez long séjour à Madère, il y emmena sa famille, et plaça ses trois fils dans un collége militaire.

C'est là que notre futur collègue commença son éducation; les études qu'il fit dans cette première étape de la vie sérieuse furent solides, son aptitude et son application remarquées de ses maîtres.

Dès cette époque, l'écolier militaire justifiait, par son ardeur dans l'étude, la maxime favorite qu'il aimait à répéter, qui lui a servi de guide, et qui pourrait le caractériser.

« Le savoir, disait-il souvent, le savoir ne tient pas de place. »

Aussi, son jeune cerveau ne refusait-il pas asile aux sciences mathématiques, et les cultiva-t-il de manière à ne leur jamais laisser perdre droit de domicile. Elles eurent sans doute l'utilité que leur reconnaît Descartes (1) : d'accoutumer l'esprit à se repaître de vérités et ne se contenter point de fausses raisons. Toujours est-il que bien d'autres points de la science devaient être successivement abordés, consciencieusement étudiés et discutés, par cette ardente intelligence toujours avide d'acquisitions nouvelles et qui, jusqu'au dernier moment, ne connut pas plus la fatigue que la satiété.

Après quelques années passées à Madère, le colonel Giraldès fut nommé consul au Havre. C'est à cette époque qu'il envoya ses trois fils à Paris pour y compléter leurs études; il les recommandait à Portal qui les accueillit avec la plus grande bonté.

1 *Discours sur la méthode.*

L'aîné, José, étudia la médecine, et se rendit au Brésil dès qu'il eut obtenu le titre de docteur, pour y exercer son art. Il mourut avant d'avoir atteint l'âge de trente ans. Le second fils, Antoine, se fit militaire ; il avait déjà un grade élevé dans l'armée portugaise, lorsqu'il mourut encore fort jeune.

Le troisième fils suivit l'exemple de l'aîné, et choisit aussi la carrière médicale. Il me serait difficile de dire comment notre collègue se détermina ainsi à fixer son avenir. Mais il est permis d'admettre que les conseils de Portal ne furent pas étrangers à cette décision. Joachim Giraldès était alors maître de ses actions. Madame Giraldès, dont la santé avait toujours été chancelante, était morte au Havre, et M. Giraldès père s'était remarié. Ses fils étaient dignes de sa confiance, il voulait qu'ils eussent une carrière, et leur donnait les moyens de l'assurer ; mais il leur avait laissé toute liberté pour choisir leur destinée.

De l'instruction première reçue à Madère, Joachim Giraldès avait, il est vrai, conservé un penchant très-vif pour tout ce qui était art militaire ; ceux qui ont vécu dans son intimité savent qu'il parlait avec compétence sur les questions relatives à l'artillerie. Mais il avait, avant tout, le goût de l'étude et l'amour de la science ; en embrassant la carrière médicale, il leur assurait les plus complètes satisfactions.

Abordant à Paris l'étude de la médecine, il pouvait encore se laisser séduire par la solide variété des études, par l'éclat du renom des maîtres, par la laborieuse émulation des élèves que sollicite et soutient sans relâche la libérale institution des concours.

Notre profession est largement ouverte, les hommes de bonne volonté peuvent l'aborder avec confiance ; ils y rencontrent la considération, car le travail soutenu est la seule force qui permette de figurer avec honneur dans les rangs de ceux qu'elle a mis en évidence.

Giraldès devait trouver dans la carrière médicale, plus encore qu'un avenir honorable : il lui a dû une patrie nouvelle.

Le sol de la France est, il est vrai, particulièrement favorable à l'acclimatation. L'étranger y est aussi bien accueilli par les habitants que par le climat. Tout l'attire et tout le convie, on semble même s'appliquer quelquefois à lui démontrer qu'il a fait erreur en naissant sur un autre point de notre globe terrestre. Mais ceux-là seuls deviennent véritablement nôtres, qui subissent les épreuves qui nous sont imposées, et conquièrent par le labeur de chaque jour la situation qu'ils méritent.

Giraldès fut bien de ceux qui savent se donner tout entier : le strict accomplissement de ses devoirs scientifiques et professionnels, le dévouement absolu pendant les périodes tourmentées

et douloureuses dont il fut le témoin, l'avaient si bien assimilé à tout ce qui est notre patrie, que vous devez presque être surpris de m'entendre aujourd'hui rappeler l'origine étrangère de notre collègue.

La mère patrie ne perd cependant jamais ses droits. Le Portugal allait être le théâtre d'un fléau qui souvent ravage la partie la plus voisine de la péninsule Ibérique. La guerre civile y était menaçante et fut bientôt inévitable. Dona Maria revendiquait la couronne de Portugal, et venait soutenir contre son oncle don Miguel des droits qu'il avait méconnus, malgré sa double qualité de Régent du royaume et de fiancé de la Reine. Dona Maria trouva le gouvernement français favorable à sa cause. Il lui fut permis de lever en France, comme on le faisait en Angleterre, des volontaires disposés à se ranger sous sa bannière et sous celle de don Pedro, qui avait quitté le Brésil pour soutenir les droits de sa fille.

Ces événements se passaient en 1831. Giraldès était alors interne des hôpitaux, il avait conquis ce titre l'année précédente, et le concours lui avait donné le huitième rang. Abandonner à ce moment ses études médicales pouvait gravement compromettre son avenir. Rien ne prévalut cependant contre ce qu'il considérait être son devoir de patriote. Il s'enrôla et bientôt figurait dans les rangs de l'armée des prétendants avec la qualité de cadet d'artillerie. Sa naissance et son éducation militaire lui donnaient droit à cette prérogative, et il allait d'ailleurs combattre sous les ordres d'un général qui était son oncle paternel.

Le courage ne fit pas défaut au jeune volontaire, il prit la part la plus active à la lutte et ne sut pas toujours se mettre à l'abri des périls les plus menaçants. Le dévouement de notre collègue à une cause qu'il avait faite sienne, parce qu'il la croyait juste, fut récompensé par le triomphe de son parti. Giraldès ne songea dès lors qu'à revenir prendre à l'hôpital et en France la place qu'il ne devait plus quitter.

Du temps passé au service de son pays, il garda toujours le réconfortant souvenir. Bien des fois, le récit des aventures de sa jeunesse guerrière vint colorer de ses chauds rayons les graves réalités, que toujours apporte la succession des années et les inévitables déceptions de la vie. Heureux encore, ceux qui ont le droit de reposer et de rasséréner leur esprit, en évoquant une jeunesse tout au travail, généreusement sacrifiée aux intérêts de la famille, ou au service du pays, et qui se rappellent qu'ils envisageaient alors l'avenir avec confiance, puisqu'ils lui donnaient pour gage l'accomplissement de tous les devoirs.

Giraldès allait désormais combattre pour assurer cet avenir auquel lui permettaient de prétendre les ressources de son intelligence et son aptitude au travail. La chirurgie l'avait déjà attiré.

Il avait été externe de Dupuytren, et les leçons de Roux, de Dubois, de Boyer, n'avaient pas d'auditeur plus assidu. Sa physionomie originale lui avait valu de ce dernier, le surnom de petit Piccolo, sous lequel on désignait à la clinique de la Charité, le jeune étudiant portugais. Mais son goût l'entraînait plus encore vers les sciences naturelles; les éloquentes leçons d'anatomie comparée et de zoologie professées à la Faculté des sciences par de Blainville, l'avaient entièrement séduit.

L'anatomie de l'homme était d'ailleurs, dès cette époque, sa science de prédilection. Aussi, lorsqu'il fut devenu prosecteur de l'École d'anatomie des hôpitaux en 1834, se mit-il à l'œuvre, afin de consacrer par un travail original le résultat de ses études.

Sous le titre d'*Études anatomiques* ou *recherches sur l'organisation de l'œil considéré chez l'homme et dans quelques animaux*, Giraldès se proposa de vérifier par lui-même, le scalpel à la main, ce qui était enseigné et publié sur l'anatomie si délicate de l'organe de la vision. Mais il ne voulait pas borner son étude à l'œil humain. Partisan déclaré de Blainville, il regardait comme prouvée la série animale niée par Cuvier et si brillamment démontrée par son maître. Il considérait que pour éclairer l'étude de la physiologie et de l'anatomie humaine, il fallait examiner et étudier les animaux ; pour lui, comme pour son maître, la série animale forme un ensemble continu, depuis l'homme jusqu'aux animaux les plus inférieurs. Ayant d'ailleurs pour principe qu'on ne sait jamais bien que ce qu'on fait soi-même, il tint à donner dans son mémoire le résultat de ses recherches personnelles.

Ce travail, publié en 1836, lui donna le titre de docteur en médecine. Il fut remarqué et méritait de l'être ; il reflétait les tendances scientifiques de l'époque et les affirmait, donnait une description étendue et aussi complète qu'elle pouvait l'être alors de l'organe de la vision, indiquait des faits nouveaux que l'observation ultérieure a confirmés.

La continuité de la sclérotique avec la cornée qui ne forme qu'une seule et même membrane, la nature réelle des fibres de l'iris, sont affirmées dans le travail de Giraldès. Il soutient que les fibres de l'iris sont de nature musculaire, malgré leur ressemblance avec les fibres du tissu cellulaire, et il ajoute : « C'est là un fait important en anatomie, en ce qu'il dévoile la force de l'organisme et le rôle que le tissu cellulaire est chargé de remplir. Il fallait des mouvements, le tissu cellulaire est devenu contractile. Ce fait, et beaucoup d'autres, nous montrent qu'il n'y a dans l'organisme qu'un seul tissu, c'est le tissu cellulaire; tous les autres sont des modifications dépendantes de l'usage qu'ils sont appelés à remplir. » Sans discuter cet aperçu original, et sa lointaine ressemblance

avec les théories qu'a remuées l'histologie moderne, nous nous contenterons de dire que grâce à elle, le fait particulier avancé par Giraldès, touchant la nature des fibres contractiles de l'iris, est entièrement confirmé. Dans la membrane de Jacob, notre auteur ne voit qu'une dépendance de la rétine, ce qui est encore conforme aux notions actuelles.

Nous avons insisté sur ce premier travail de Giraldès, non-seulement en raison de son importance, mais parce que c'est peut-celui qui reflète le mieux les tendances et les véritables aptitudes de son intelligence. La voie anatomique où il n'a cessé de marcher, et dans laquelle les circonstances l'ont empêché de se complétement maintenir, était celle qu'il aurait le plus amplement fécondée. La nature particulière de son esprit original et ardent, passionné pour les recherches, amoureux des découvertes, convenait bien à l'étude d'une science que l'on est toujours tenté de croire parfaite, et qui ne cesse de livrer à ses adeptes de nouveaux et précieux secrets. Il reporta plus tard sur l'érudition ce besoin de poursuivre la vérité qu'il ne put continuer à satisfaire dans l'amphithéâtre et dans le laboratoire, lorsque l'état de sa santé l'empêcha de se définitivement consacrer à l'anatomie.

Dans ce même travail, se retrouve aussi le mathématicien. Il faut, s'écrie-t-il en cherchant à définir la tâche de l'anatomiste, « il faut qu'il mette l'organisme en équation et qu'il en dégage les inconnues ».... Il s'arrête d'ailleurs à temps dans cette voie qui avait conduit Capuron à démontrer mathématiquement, que la rupture centrale du périnée pendant l'accouchement devait être impossible, et se range dans le camp des naturalistes. Mais il veut, pour la science, une marche philosophique telle que l'anatomie et la physiologie arrivent à un degré de supériorité, qui les placent à côté des plus belles théories de la physique et de l'astronomie.

Il invoque à l'appui des opinions qu'il embrasse l'opinion de Laplace qui, avec Lavoisier, a donné à la physiologie moderne l'indispensable appui des sciences physico-chimiques. Les mains puissantes de Magendie et du plus illustre de ses continuateurs [1] ont su relier à l'anatomie et à la médecine elle-même, ces forces scientifiques, et fournir à l'édifice que veulent élever la médecine et la chirurgie modernes, le terrain où devra se réaliser le parfait accord de la physiologie normale et de la physiologie pathologique.

En s'engageant dans la voie si large que l'anatomie et la physiologie ouvrent à la science moderne, Giraldès ne pouvait négliger ce que nous apporte le résultat de l'expérience de nos devanciers et de notre propre pratique. Il admet même avec Kant : que

[1] Claude Bernard.

nulle connaissance réelle ne précède en nous l'expérience, et que tout commence avec elle.

Aussi, se préoccupait-il dès cette époque, de perfectionner les connaissances cliniques à l'aide desquelles il pourrait aborder les concours des hôpitaux. Il trouvait à cet égard ample satisfaction près des maîtres de la chirurgie et suivait en particulier l'enseignement de Gerdy et de Velpeau.

Poursuivant néanmoins ses travaux anatomiques, il donnait, en 1839, *au Bulletin de la Société anatomique* un mémoire sur la *Terminaison des bronches*, faisait insérer dans les comptes rendus de l'Académie des sciences pour 1841 des recherches sur l'*existence des glandes tégumentaires chargées de sécréter la sueur*. Le procédé anatomique imaginé par Giraldès facilitait l'étude de ces glandes, il permettait de rendre évidente leur présence souvent contestée malgré la découverte de Breschet. Il commençait en 1838 les études qu'il devait si complétement poursuivre sur *le sinus maxillaire*. L'Académie des sciences récompensait par un prix Montyon ce mémoire qui déterminait avec précision plusieurs points mal définis de l'anatomie de cette région : telle que l'ouverture de communication du sinus avec les fosses nasales et la structure de la membrane muqueuse qui le tapisse. Il donnait à la Société philomatique le résultat de différentes recherches anatomiques et entre autres sur la *disposition croisée des fibres de la rétine chez les céphalopodes et en particulier chez la sépia officinalis* (1845).

Il prenait part en 1846 au concours pour la place de professeur d'anatomie à la faculté de médecine; il écrivait à cette occasion une thèse intitulée : *Du degré d'utilité de l'étude de l'anatomie comparée, dans l'étude de l'anatomie humaine*.

En 1847, c'était un concours pour la place de chef des travaux anatomiques qui le faisait encore entrer dans la lice.

Ces luttes n'étaient pas les seules auxquelles Giraldès avait pris part. En 1844, il devenait agrégé en chirurgie, et en décembre 1848, il obtenait la place de chirurgien du bureau central des hôpitaux. Il était de ceux qui n'ont jamais désespéré du concours, et nous le voyons, en 1851, figurer au nombre des compétiteurs pour la place de professeur de clinique chirurgicale, qui devait échoir à Nélaton.

Giraldès n'aurait même pas renoncé à une nouvelle compétition, s'il n'avait pas été victime d'un accident grave qui l'atteignit au moment même où la place de chef des travaux anatomiques était de nouveau vacante en 1854.

Il remplaçait à la Charité le professeur Gerdy et faisait l'autopsie d'un sujet qui présentait une ossification du larynx. L'élève

chargé d'inciser le cartilage thyroïde cherchait à le diviser avec des ciseaux. Tout à coup, une des branches de l'instrument se rompt, et vient frapper avec force l'œil droit du chef de service. Les soins les plus assidus ne devaient point remédier à cette blessure et les complications qui en furent le résultat entraînèrent la perte de l'œil.

Pendant la longue durée de la période inflammatoire, Giraldès eut à son chevet l'un de ses élèves, dont le dévouement ne se démentit pas un instant; toujours présent, infatigable dans ses soins, il multipliait les moyens qui pouvaient conjurer le mal ou atténuer la douleur. Cet élève qui venait ainsi remplir les modestes fonctions de garde-malade, était l'un des plus brillants internes de cette période. Étranger à la France, il était déjà l'un des nôtres. Il nous était venu de l'autre extrémité de l'Europe, était de nationalité russe et s'appelait Axenfeld.

Quel est celui de nous qui ne se sent profondément ému en entendant nommer cet homme de bien ; en se rappelant ce caractère aussi élevé que droit; inflexible dans le devoir, incapable de transaction; ce cœur aimant et généreux, dévoué jusqu'à l'abnégation ; ce savant dont l'esprit était sérieux et orné, brillant et enjoué, la mémoire impeccable; qui a été l'honneur de notre faculté et auquel il n'a manqué que de vivre pour en devenir la gloire.

Un semblable malheur entrava longtemps la carrière de Giraldès, mais il n'ébranla pas son amour du travail. Il ne s'arrêta même pas devant les douleurs sympathiques et menaçantes qui souvent retentirent dans l'œil gauche. Il fit moins d'anatomie; mais se garda bien d'abandonner toutes ses recherches ; il ne renonça pas davantage à l'exercice de la chirurgie et se livra plus que jamais à la bibliographie.

Il nous suffira de rappeler, pour l'anatomie, ses *recherches sur le corps innominé* qu'il publia en 1861 dans le *Journal de physiologie de l'homme et des animaux*, et qui furent couronnés par l'Institut. Ce mémoire est consacré à l'étude d'un organe jusqu'alors inconnu et que l'on trouve dans l'épaisseur du cordon spermatique à toutes les époques de la vie. Son analogie avec le corps de Rosenmuller, formé comme lui par les restes du corps de Wolf, était démontrée par l'auteur, qui explique par la dilatation des tubes qui le constituent l'origine des hydrocèles enkystées du cordon.

Les travaux que Giraldès a consacrés à la chirurgie et à la thérapeutique chirurgicale sont tout aussi nombreux que ceux dont nous venons de fournir l'incomplète énumération. Nous ne pourrons tous les citer, mais l'on nous permettra de rappeler les principaux d'entre eux.

Les uns procèdent directement de l'anatomie normale et pathologique, d'autres ont eu pour base l'expérimentation; un plus grand nombre sont purement cliniques; il en est peu de dogmatiques; tous portent la marque de l'esprit chercheur et érudit de leur auteur.

Vous avez publié dans le tome II de vos *Mémoires* un mémoire de Giraldès sur *quelques points de l'anatomie chirurgicale de la région mammaire*. Ce travail fait connaître en particulier le ligament suspenseur de la glande mammaire qui n'avait pas encore été décrit; il montre aussi quelle peut être l'influence de la capsule fibreuse sur la marche des maladies chirurgicales de cette glande. C'est encore dans vos *Mémoires* (t. III) qu'a pris place le beau travail de notre collègue sur les *kystes muqueux du sinus maxillaire*. La connaissance exacte de ces tumeurs est due à Giraldès, et devant ses recherches anatomiques et anatomo-pathologiques, s'est complétement évanouie l'histoire des hydropisies du sinus maxillaire, si chère à nos devanciers.

Dès 1851, lors des recherches qu'il faisait pour une thèse de concours sur les maladies du sinus, il avait rencontré sur quelques sujets de nombreux petits kystes miliaires, transparents, faisant saillie dans la cavité maxillaire. William Adams avait auparavant déposé dans un des musées de Londres quelques exemples de kystes muqueux du sinus, mais il n'avait rien publié sur ce point. Bérard faisant, à la demande de Giraldès, l'examen des sinus maxillaires sur les cadavres qu'il avait entre les mains à l'École pratique, découvrit sur trois sujets différents des kystes muqueux du sinus à divers degrés de développement. En 1852, reprenant cette question avec les éléments nouveaux qu'il possédait, Giraldès faisait l'histoire complète des kystes muqueux du sinus. Luschka, en 1855, décrit la disposition histologique des glandes de la muqueuse, mais n'ajoute aucun point important à l'étude du chirurgien français. Enfin, en 1860, Giraldès donne une seconde édition de son mémoire avec quelques développements nouveaux. C'est à cette édition que l'Académie des sciences accorda un prix Monthyon. C'était la troisième fois que les travaux de notre collègue recevaient cette haute sanction de l'illustre compagnie savante.

Déjà, nous avons rappelé les travaux anatomiques fort originaux de Giraldès sur ce même sinus maxillaire; si nous y ajoutions la description des polypes muqueux de cette cavité et l'exposé des opinions qu'il a défendues devant vous (*Société de chirurgie*, 18 mai 1860, — 24 janvier 1872), sur la pathogénie des exostoses qui s'y développent, nous pourrions conclure, que l'*antre d'Hygmore* avait livré à notre collègue ses plus ténébreux secrets.

A côté de ces travaux procédant si directement de l'anatomie, nous devons citer, comme type de travail expérimental, le

Mémoire sur les injections de perchlorure de fer dans les artères. Ce travail fut fait à Alfort avec la collaboration du professeur Goubaux, et l'on peut dire que c'est aux expériences de ces deux savants, que sont dues les notions précises que la science possède aujourd'hui, sur l'action du perchlorure de fer, sur les artères et sur le sang. Le dosage de la densité du liquide, mal déterminé à l'origine, avait failli compromettre la méthode. L'étude rigoureuse des effets de la solution, selon le titre auquel elle est employée, permit de donner droit de domicile dans la thérapeutique à cet agent précieux. Le résumé fort étendu consacré au travail de Giraldès, par l'un de nos plus éminents collègues (1), dans son beau *Traité des anévrysmes*, permettrait à lui seul d'en affirmer la valeur.

L'expérimentation ainsi pratiquée n'est qu'une des formes de l'enseignement clinique. Après s'être adonné tout entier à l'étude de l'anatomie et des sciences naturelles, Giraldès ne s'était pas livré avec moins de passion à la pratique de la chirurgie. Il ne surgissait pas une question nouvelle, il ne paraissait pas un agent de thérapeutique nouveau digne du titre de médicament, que notre collègue ne s'empressât d'étudier ou d'expérimenter.

En 1857, l'amylène, nouvel agent anesthésique, venait d'être conseillé comme succédané du chloroforme; Giraldès s'empressait d'étudier les propriétés de cette substance, et établissait dans une lecture à l'Académie que l'amylène pur, bouillant, à 29 ou 30° à l'aréomètre de Baumé, est un très-bon anesthésique dans les circonstances où l'on n'a besoin que d'une insensibilité fugace.

Les précieux effets du chloral venaient à peine d'être signalés que déjà Giraldès, après s'en être fait expédier de Berlin, cherchait à démontrer les puissantes propriétés hypnotiques de ce médicament.

Les comptes rendus de l'Académie des sciences pour 1863, les actes du congrès médico-chirurgical tenu à Rouen dans la même année, témoignent que, le premier en France, Giraldès fit connaître les propriétés thérapeutiques de la fève de Calabar et la graine de cette légumineuse. Les expériences qu'il a entreprises confirmaient les résultats de celles de MM. Frager et Arg. Robertson.

Les résections des grandes articulations ne constituent pas, à proprement parler, un mode thérapeutique nouveau dans la pratique chirurgicale. Mais cette ressource hardie est aujourd'hui revenue à l'ordre du jour de la pratique française. Elle y est revenue comme toutes les questions qu'étudie notre chirurgie, avec le plus brillant ensemble de travaux expérimentaux, de recherches d'érudition et de statistique, d'observations cliniques.

[1] M. P. Broca.

Giraldès a pris activement part à cette partie importante du mouvement chirurgical contemporain. Devant la Société de chirurgie, et dans ses leçons cliniques, notre collègue a traité en détail la question des résections du genou et de la hanche, et cherché à bien préciser les avantages que présentent ces opérations, et les résultats que la statistique a permis de formuler.

La résection est encore l'une des ressources que la chirurgie met en œuvre contre la redoutable affection que l'Ecole française a si remarquablement étudiée sous le titre de *Périostite phlegmoneuse diffuse*. C'est la résection prématurée des os dénudés par suite de périostite phlegmoneuse diffuse, que Giraldès est venu défendre devant l'Académie de médecine au mois de janvier 1875, après l'avoir préconisée au congrès de Lille l'été précédent. C'est ce même point de thérapeutique chirurgicale, qu'il défendait encore dans cette enceinte, quelques semaines à peine avant sa mort. Giraldès ne faisait, dans cette circonstance, qu'affirmer par des exemples cliniques, la conduite chirurgicale conseillée par le professeur Holmes de l'hôpital Saint-Georges de Londres. Il continuait, en l'apportant sur ce terrain particulier, l'étude d'une question à laquelle son enseignement hospitalier avait, depuis plusieurs années, fourni d'importantes contributions.

Les questions nouvelles, ou les questions importées de l'étranger, n'attiraient pas seules l'attention de Giraldès. Sans insister plus longtemps sur ses travaux de détail, il nous suffit pour le montrer, de rappeler un instant à votre attention, les leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants, professées par notre collègue à l'hôpital des Enfants-Malades.

L'enfance paye largement tribut à la science chirurgicale. Le champ de l'observation est, hélas ! aussi vaste et souvent, plus fécond, dans ces premières années de la vie, qui ne devraient, ce semble, n'être employées qu'au régulier développement de l'être humain, que dans les années plus lointaines qui préparent sa décadence.

La carrière hospitalière de Giraldès s'est entièrement partagée entre l'hôpital des Enfants-Assistés et l'hôpital des Enfants-Malades. C'est dans ce dernier asile qu'il reprit, en l'élargissant, l'enseignement que l'un de nos plus anciens collègues, Paul Guersant, y avait inauguré. Fermement convaincu que la pathologie infantile mérite une étude distincte, et que d'ailleurs en anatomie comme en pathologie, tous les degrés de la série naturelle doivent être étudiés et approfondis avec le même soin, pour constituer à la science les assises sur lesquelles elle s'édifie, le chirurgien de l'hôpital des Enfants voulut passer en revue, dans ses leçons, l'ensemble des affections chirurgicales du jeune âge.

Le livre important qui résume son enseignement présente un tableau fort instructif. Le lecteur, toujours conduit vers le côté pratique, est cependant tenu par l'auteur au courant du progrès scientifique et des travaux les plus modernes ; il en signale le caractère original et nouveau, il recherche surtout leur signification et leur valeur pratique.

La libre allure de l'enseignement clinique convenait à l'esprit de Giraldès, beaucoup plus disposé à reviser ce qui avait été dit, à le critiquer au besoin, à chercher à introduire dans les questions qu'il abordait de nouveaux aperçus, qu'à traduire sous forme dogmatique un enseignement déjà constitué.

Une courte collaboration au dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, lui a cependant donné l'occasion de montrer, par d'importants et très-savants articles, que son esprit et sa vaste érudition savaient au besoin accepter les limites et la régulière ordonnance des articles destinés à l'éducation classique.

Mieux encore que l'hôpital, les sociétés savantes permirent à Giraldès de complétement affirmer les tendances et la nature de sa personnalité scientifique. Dans ces réunions, où toutes les questions afférentes au but qu'elles poursuivent sont constamment à l'ordre du jour, où l'intérêt des travaux gît à la fois dans leur importance et dans leur imprévu, où il faut connaître de toutes les questions, être prêt aussi bien à donner son avis sur un point de pratique, que sur un fait purement scientifique, où l'érudition peut toujours trouver place, notre collègue vivait dans le milieu le plus approprié.

Aussi, dans toutes les périodes de sa carrière, Giraldès fut-il constamment fidèle aux sociétés savantes auxquelles il appartenait. Les Sociétés anatomique, de biologie, philomatique, l'ont compté au nombre de leurs membres les plus actifs. Devenu membre de l'Académie de médecine, il apporta, aux réunions de la célèbre compagnie, l'assiduité dont il avait coutume, et continua à donner les mêmes soins aux réunions où se posent et se discutent chaque jour les questions relatives à nos études.

La Société de chirurgie fut entre toutes l'objet de sa prédilection. Il fut appelé à y siéger dès l'année 1848, par les suffrages unanimes de nos membres fondateurs.

Sa personnalité était déjà affirmée. Son ardeur pour la lutte, son goût de la science exacte, son amour de l'érudition, s'étaient bien des fois révélés. A cette nature tout en dehors, que nous avons toujours connue ardente, passionnée dans la discussion, la prudence qu'enseigne la vie, apporta peu de modification. Pendant 27 années, il n'a cessé de prendre part aux travaux de la Société, sans que jamais un litige qui avait la science pour objet, le laissât

indifférent, ou qu'une contradiction le trouvât résigné. C'est bien dans cette enceinte, où il a vécu une si grande part de sa vie chirurgicale, où il a tant de fois exprimé son opinion et ses jugements, qu'il convenait de rendre hommage à sa mémoire.

J'ai eu déjà l'occasion de rappeler les principaux travaux dont il a enrichi nos recueils ; les discussions importantes et nombreuses auxquelles il a pris si activement part, mériteraient d'être rappelées. Je ne puis me laisser entraîner aussi loin, mais je ne saurais passer sous silence les services qu'il nous a souvent rendus en qualité de rapporteur. C'était toujours pour notre collègue l'occasion de réunir tous les documents relatifs à la question. Sa préoccupation principale était de vous donner le tableau des faits passés inaperçus jusqu'alors, de les grouper autour de ceux qui faisaient l'objet du travail qui avait été soumis à son appréciation. C'est ainsi qu'il procédait en particulier, lorsqu'il s'agissait d'un point encore peu étudié.

C'est, en effet, la recherche bibliographique qui l'attirait le plus vivement. C'est là qu'il a excellé, et c'est à cette tendance qu'il a tout naturellement obéi, lorsqu'il a écrit ou parlé dans cette enceinte.

Toujours tourmenté par le désir d'apprendre, il partageait de plus en plus sa vie entre les bibliothèques et les sociétés savantes. L'âge de la retraite l'avait contraint à quitter le service hospitalier, mais son activité et son zèle scientifique ne s'étaient pas un instant ralentis.

L'érudit prend d'ailleurs place à part, il acquiert une autorité véritable que légitiment les ressources étendues qu'il doit à son persévérant labeur. Il est riche à sa manière et il exerce le prestige de ceux qui possèdent. La situation que lui crée un savoir applicable à toutes les choses relevant de l'objet de ses études, l'impitoyable exactitude de ses renseignements, l'appellent à exercer une sorte de magistrature. Dans la controverse, son opinion a presque la valeur d'un arrêt. Il juge en dernier ressort les questions de priorité, qui ne sont après tout que des questions de propriété scientifique. Il est constitué d'office le défenseur de la vérité dans la science.

Au sein d'une société savante, il est l'objet d'un respect et d'une crainte qu'éprouvent quelquefois ceux qui écrivent, mais plus souvent encore ceux que possède l'envie de parler.

Il a la bonne fortune de venir en aide aux jeunes talents qui modestement produisent, et n'oseraient, sans son contrôle, rapporter à eux-mêmes le fruit de leurs méditations et de leurs recherches. Mais plus souvent encore, il est conduit, par la force des choses, à donner aux amours-propres, qu'une notion imparfaite de la science

écrite égare au delà des limites de leurs propriétés intellectuelles, la réelle et juste mesure de leur avoir scientifique.

Est-ce pour cela qu'il est assez généralement admis que le caractère d'un érudit laisse parfois à désirer? L'indulgence ne fait pas, dit-on, partie de ses qualités habituelles. Ce n'est pas chez lui qu'il faut chercher cette bienveillance un peu banale, si facilement, si chaudement témoignée à chacun, par ceux dont le succès est bien plutôt le résultat de la connaissance exacte des hommes, que de la connaissance approfondie des livres.

Il y a peut-être une part de vérité dans l'opinion que l'on se fait du caractère de l'érudit. Mais les amis auxquels on peut toujours se confier, sans jamais éprouver dans leur commerce l'apparence même d'un froissement, élèvent et fortifient les belles qualités de l'âme. Et ce même homme, qui vit près de ses livres d'affection, et apporte à la discussion la même ardeur, la même âpreté, qu'il met au service de la recherche savante, dans ses studieuses poursuites dont l'ardeur ne s'éteint ni le jour ni la nuit; ce même homme, lorsqu'il a quitté son champ de bataille scientifique, devient le plus confiant et le plus abandonné dans ses relations amicales.

Il a choisi ses amitiés avec la scrupuleuse attention qu'il met à découvrir un fait ou un texte peu connu. Il ne saurait avoir un instant l'idée d'un retour, et il se donne avec le même abandon à ses amis et à ses livres.

Il a en particulier le culte du maître, de celui qui lui a appris les premières choses qu'il a bien sues et lui a fourni le point de départ à l'aide duquel la science a pu lui parler un intelligible langage.

N'est-ce pas ainsi qu'a pensé et vécu notre regretté collègue? N'est-cè pas ainsi qu'il s'est donné tout entier aux de Blainville, aux Rayer, aux Velpeau? n'est-ce pas ainsi qu'il s'identifiait avec son ami et condisciple Gratiolet, quand il venait, devant la Société anatomique, retracer ses luttes et ses souffrances avec une passion si peu contenue, que son éloge ne put prendre place dans les recueils de la jeune et laborieuse compagnie.

Ce ne furent pas seulement les sociétés savantes de Paris qui se partagèrent le temps et les communications scientifiques de Giraldès. Il prenait activement part à ces congrès scientifiques dont l'habitude se fortifie dans notre pays, et qui appellent souvent aussi, dans les grandes villes de l'étranger, les savants de diverses nationalités.

Giraldès avait d'ailleurs pour la science étrangère un penchant que l'on a pu trouver trop accusé.

L'Angleterre l'attirait surtout. Nous sommes loin du temps où les voyages des savants français en pays étrangers prenaient

presque les proportions d'un événement scientifique ; nous nous renfermons moins dans nos limites, et nous avons surtout pris l'habitude des excursions journalières dans les littératures voisines.

Ce n'est pas parmi nous que se trouveront des opposants à la recherche et à la mise en lumière de la science étrangère, mais c'est également dans cette enceinte, que doivent être conservées et profondément respectées les richesses accumulées par la science française.

Dans ses nombreux voyages en Angleterre, Giraldès était reçu avec la plus grande déférence par nos confrères, et c'est avec la plus cordiale libéralité qu'étaient mises à sa disposition les nombreuses et riches collections scientifiques des musées et des bibliothèques, que l'initiative privée a pu si largement et si librement multiplier chez nos voisins.

Ces excursions scientifiques dans nos grandes villes, ces voyages à l'étranger consacrés à l'étude, des réunions intimes, et avant tout la vie de famille dans toute sa plénitude, tels étaient les délassements favoris de notre collègue. Son esprit facile et souvent enjoué abordait les sujets de conversation les plus divers : l'on s'étonnait souvent de lui entendre discuter avec compétence les sujets les plus littéraires et les questions d'art les plus élevées.

De ses compétitions successives pour la chaire des beaux-arts, il avait retenu le goût de leur étude, et se consolait de ne pas professer à l'École en étudiant les chefs-d'œuvre qui servent à l'éducation des artistes.

Le titre d'académicien et la dignité à laquelle vous l'avez élevé, en l'appelant à la présidence de la Société de chirurgie, furent les distinctions auxquelles il attacha le plus de prix. Son dévouement aux blessés de 1848 et à ceux, bien plus nombreux encore, de 1870, furent les raisons déterminantes qui lui valurent les nominations de chevalier et d'officier de la Légion d'honneur.

La vie modeste était celle qui convenait le mieux à ses goûts studieux, chacun des moments qu'elle laissait à sa libre disposition servait à augmenter sa richesse scientifique. Il jouissait pleinement de l'activité de corps et d'esprit qui le caractérisait, et que lui conservait l'habitude du travail, lorsque commença sa dernière journée.

C'était le vendredi, 27 novembre 1875.

L'Académie de médecine l'avait écouté avec un vif intérêt le mardi précédent. La discussion sur la myopie lui avait fourni le sujet d'un discours rempli de science et d'esprit. Notre séance du mercredi l'avait trouvé à la place qu'il occupait toujours, et le ven-

dredi ne pouvait s'écouler sans qu'il vînt participer, comme il le faisait fidèlement depuis 1830, aux travaux de la Société anatomique. Il avait pris la parole, et comme toujours avait été écouté par ses jeunes collègues avec la déférence qu'ils aimaient à lui témoigner. Dans la soirée, il s'entretenait gaiement avec les siens, puis il se rendait à la bibliothèque de l'École de médecine, à laquelle il avait coutume de demander les renseignements que ne pouvaient lui fournir ses propres livres.

Il venait de terminer ses recherches, il avait à peine franchi le seuil de la Faculté, lorsqu'un malaise subit l'oblige à demander secours. On s'empresse, on lui vient activement en aide, mais quelques instants après la mort avait fait son œuvre.

C'est ainsi, qu'au soir d'une journée bien remplie, se termina la laborieuse existence de M. Giraldès.

Messieurs, lorsque nous avons retracé devant vous la vie de nos collègues, nous avons toujours été amené à faire l'éloge du *travail.* Nous l'avons vu plus d'une fois conduire les nôtres à tous les honneurs de la profession et même à la fortune. Il peut bien plus encore, il suffit à remplir la vie tout entière. Il console de ce qu'il ne fait pas obtenir en élevant l'esprit, en ornant l'intelligence, en donnant le *savoir :* le savoir qui, en effet, « ne tient pas de place, » car il grandit sans cesse les facultés intellectuelles et morales de ceux qui consacrent leur vie au travail et ne désespèrent jamais de son bienfaisant pouvoir.

Rapports.

Rapport sur le prix Duval,

Par M. Th. Anger.

Messieurs,

La commission que vous avez nommée pour le prix Duval est heureuse de vous annoncer que, cette année, elle n'a eu que l'embarras du choix. Six thèses excellentes ont été envoyées au concours, et, à toutes, la Société pourrait, sans regret, décerner le prix. L'analyse succincte de chacune d'elles, en vous permettant de les mieux apprécier, justifiera en même temps les propositions de votre commission.

La thèse de M. Berthomier, sur le *Mécanisme des fractures du coude chez les enfants, et leur traitement par l'extension,* est un

excellent travail, bien écrit, logiquement conçu, méthodiquement exécuté, et dont, pour ma part, j'accepte complétement les conclusions. Des expériences nombreuses, faites par l'auteur, sur le cadavre, démontrent la justesse du raisonnement qui avait guidé M. Laroyenne de Lyon, lorsqu'il eut l'idée de placer le membre fracturé dans l'extension au lieu de le laisser dans la demi-flexion, comme le recommandent la plupart de nos traités classiques.

A l'appui de cette pratique, l'auteur rapporte 12 observations de fracture du coude, dans lesquelles l'extension a donné les meilleurs résultats. Votre commission ne saurait trop louer le bon esprit scientifique qui règne dans la thèse de M. Berthomier.

Celle de M. Armaignac, sur la *Greffe animale et ses applications à la chirurgie*, contient, outre un résumé très-complet de l'état de la science sur ce sujet, un certain nombre d'expériences personnelles sur les animaux. Les conditions de milieu de température qui favorisent les greffes, les modifications qu'elles éprouvent sont étudiées avec soin, et des planches fort bien faites permettent de suivre le développement des éléments anatomiques à l'aide desquels s'opère la soudure de la greffe. Ce travail, il est vrai, ne contient aucune vue nouvelle ou originale sur ce sujet, mais c'est certainement la meilleure monographie qui ait paru jusqu'à présent sur ce point spécial de la science.

La résection du genou est aussi rarement pratiquée en France qu'elle l'est fréquemment en Angleterre. Les succès obtenus par nos voisins ont séduit M. Picard, et sa thèse a pour but d'engager la chirurgie française dans la même voie. Déjà, en 1869, M. Pénières avait tenté le même effort en publiant une statistique de 431 résections du genou, qui n'avaient fourni que 27 0/0 de mortalité.

Les faits recueillis par M. Picard, depuis 1869, sont au nombre de 203, et sur ce nombre on ne compte que 32 morts, soit 16 0/0. En France, sur 6 malades qui ont subi la résection du genou, depuis 1869, 3 ont guéri, 3 sont morts. En lisant attentivement le travail de M. Picard, il est possible de se rendre compte de cette énorme différence entre les résultats obtenus au delà de la Manche et les nôtres. Actuellement, la règle, en Angleterre, est de reséquer toutes les arthrites fongueuses que nous nous contentons, en France, de traiter par les applications du feu, la compression et l'immobilité. Et je ne vois pas que cette dernière méthode soit bien inférieure à la pratique anglaise, puisque sur 294 cas de tumeurs blanches du genou relevées dans les hôpitaux de Paris pendant les années 1862, 1863 et 1864, on ne compte que 74 décès, soit 24,6 0/0.

Une résection du genou met en moyenne 5 mois à guérir. La

guérison est-elle plus longue par l'autre méthode? cela est possible, mais M. Picard eût dû comparer les deux méthodes à ce point de vue pour faire prévaloir celle de son choix.

D'ailleurs, de l'aveu de l'auteur, les résultats de la résection sont bien moins satisfaisants lorsque les tumeurs blanches ont envahi les os; or, c'est presque uniquement dans des cas de cette catégorie que la résection a été pratiquée en France. Quoi qu'il en soit, nous devons savoir gré à M. Picard de nous avoir fait connaître la pratique anglaise, et surtout de nous avoir donné avec détail leurs procédés opératoires et leurs modes de pansement.

M. Vincent nous a envoyé une bonne thèse sur l'*Ablation du calcanéum.* Son but est de vulgariser la pratique de M. Ollier, et de démontrer que la résection sous-périostée de cet os constitue un progrès sensible sur l'ablation pure et simple telle que l'ont pratiquée les chirurgiens de la première moitié de ce siècle. Toutes les observations connues sont minutieusement analysées, discutées, les indications posées, les procédés opératoires décrits avec tous les détails nécessaires.

Déjà M. Polaillon, dans un excellent mémoire, avait publié quelques bons résultats obtenus par l'extirpation du calcanéum; les nouveaux faits rapportés par M. Vincent confirment les prévisions émises par notre collègue, et l'on compte actuellement 17 cas de reproduction du calcanéum à la suite de son extirpation sous-périostée. Cette thèse ne renferme aucun aperçu nouveau; mais n'est-ce rien que de vulgariser une pratique, sinon contestée, au moins trop souvent négligée?

La thèse de M. Le Double, sur le *Kleisis génital,* est une revendication énergique des droits de priorité en faveur de l'un des fondateurs de cette société, de Vidal. L'auteur établit sur des faits et des dates que l'idée de fermer les fistules uro-génitales par l'occlusion de la vulve ou du vagin appartient au chirurgien français qui, dès 1832, mit ce projet à exécution, sans succès il est vrai. C'est à tort qu'à l'étranger l'on attribue à Simon de Heidelberg la priorité de cette innovation; si ce professeur a, le premier, réussi l'occlusion du vagin, Jobert, avant lui, avait déjà pratiqué avec succès l'occlusion du col utérin. Le mérite de M. Le Double n'est pas seulement d'avoir réparé une injustice : son travail est des plus remarquables et comprend une étude complète de la question. Tous les matériaux disséminés dans les publications étrangères sont rassemblés, examinés et pesés avec un bon sens remarquable. De cette étude l'auteur a tiré des préceptes très-sages applicables à la cure des différentes variétés de fistules vésico-vaginales, qui ne sont pas susceptibles d'être traitées par les procédés ordinaires. On ne saurait trop louer le soin que l'auteur apporte, dans sa thèse,

à bien poser les indications, à décrire minutieusement les procédés opératoires, à discuter leurs chances de succès dans telle ou telle variété de fistule.

Dans la thèse de M. Couty sur l'*Entrée de l'air dans les veines et les gaz intravasculaires,* nous trouvons, outre un exposé complet des travaux et des observations qui ont été antérieurement publiés, une série d'expériences personnelles qui jettent un jour nouveau et vraiment original sur cette question. La notion nouvelle qui ressort de ces expérimentations répétées sur un grand nombre d'animaux, c'est la diminution instantanée de la tension artérielle dès que la plus petite quantité d'air est introduite dans le sang. Cette diminution de tension, ou, si l'on aime mieux, cette chute du pouls est appréciable alors même que la circulation cardiaque, la respiration et les fonctions cérébrales n'en sont nullement troublées.

L'auteur explique ce phénomène primordial par l'accumulation de l'air dans les cavités droites du cœur : cet organe continue de se contracter, mais à vide ; dès lors, le sang n'arrive plus aux artères et il en résulte une anémie de tous les organes. Le système cérébro-spinal étant le plus sensible des appareils nécessaires à la vie, c'est lui qui est frappé tout d'abord et cesse le premier ses fonctions. La respiration et les contractions du cœur ne s'éteignent qu'ensuite.

Ces recherches expérimentales de M. Couty, tout en confirmant sur beaucoup de points celles antérieures d'Amussat, de Bouillaud, de MM. Tillaux, Laborde et Muron, font voir la question sous un autre jour, qui avait échappé à ces expérimentateurs. Elles marquent un progrès réel, dont tout le mérite revient à l'auteur.

Je me hâte d'ajouter que la question de l'entrée de l'air dans les veines n'est pas seulement traitée au point de vue théorique, dans la thèse de M. Couty, le traitement pratique et chirurgical de ce terrible accident n'y est pas négligé. La saignée que Nysten, Bouillaud dans leurs expériences, que Willis sur l'homme avaient heureusement pratiquée pour rappeler les sujets à la vie, est encore, selon l'auteur, le seul moyen pratique, le seul applicable en quelques secondes, et, de tous, le plus efficace. L'ouverture d'une veine n'agit pas spécialement en évacuant l'air, mais en diminuant la tension veineuse, et par suite la distension des cavités droites du cœur ; elle ranime les contractions de cet organe qui, ayant à vaincre une résistance moindre, envoie au poumon une ondée plus volumineuse. Pour peu que la quantité d'air absorbée ne soit pas très-considérable, l'animal ou l'homme revient à la vie avant même que ce gaz ait en entier disparu des cavités cardiaques.

Quoique la thèse de M. Couty ne contienne aucune observa-

tion inédite et personnelle d'entrée de l'air dans les veines, votre commission a jugé que ce travail original était le plus digne de vos suffrages. M. Couty a non-seulement, comme tous ses concurrents, résumé les travaux de ses prédécesseurs, mais encore il a, par ses recherches, fait faire un pas en avant à la question dont il s'est occupé. C'est cette dernière considération qui a décidé votre commission à lui décerner le prix Duval.

Rapport pour le prix E. Laborie.

Par M. Gillette.

Messieurs,

Sept mémoires ont été adressés à la Société pour le concours du prix Laborie : la commission nommée pour en prendre connaissance et composée de MM. Perrin, Le Dentu, Paulet, Nicaise et Gillette, s'est acquittée consciencieusement de la tâche qui lui avait été confiée : je viens, en son nom, vous rendre compte de ses impressions et vous exposer les conclusions auxquelles elle a cru devoir s'arrêter et qu'elle a l'honneur de soumettre à votre approbation.

Le **mémoire n° 1** est ainsi conçu : « *Recherches sur la pathogénie de quelques symptômes graves des étranglements herniaires, indications thérapeutiques* », et prend pour épigraphe une phrase empruntée à l'article du *Dictionnaire*, de M. Le Dentu, sur les hernies.

Dans cette étude, qui est bien plutôt physiologique que réellement clinique, l'auteur passe successivement en revue certains accidents de l'étranglement herniaire peu décrits jusqu'à présent, tels que les *troubles trophiques cutanés*, les *troubles de la circulation* et *les troubles réflexes des viscères* (*algidité centrale, algidité périphérique*). Il consacre ensuite quelques pages aux *manifestations thoraciques, cérébrales et abdominales* (météorisme, vomissement) toujours au point de vue physiologique, et cherche à démontrer que, par une thermométrie clinique bien faite dès le début des accidents, on arrive à se convaincre qu'il n'y a pas apyrexie dans l'étranglement vrai, comme le disent certains auteurs : il fournit plusieurs tracés thermographiques confirmant cette opinion. A propos des *indications thérapeutiques*, il conseille, avec raison je crois, de s'abstenir de chloroforme lorsqu'on pratique la colotomie

dans l'étranglement vrai, de peur d'abaisser encore plus la température et de provoquer la syncope.

Ce travail, qui offre un certain intérêt, n'est en somme qu'une simple excursion dans le domaine de la physiologie appliquée à la pathologie, avec un bien petit nombre de faits à l'appui des assertions émises par l'auteur : il n'en a pas moins le mérite d'attirer l'attention sur un côté encore peu connu de l'étranglement herniaire.

Le titre du **mémoire n° 2** est le suivant : « *Contribution à l'étude de la dégénérescence des tumeurs* »; l'épigraphe : « *Multa renascentur quæ jam cecidere.* »

Regardant la dégénérescence des tumeurs comme vraie, l'auteur commence son travail par ces mots : « Il était admis que, quelle que « fût la bénignité primitive d'un produit accidentel, sa bénignité « pouvait se changer en malignité, et la tumeur, de bonne nature, « devenir cancéreuse. » La même pensée le domine pendant toute la rédaction de son mémoire, car sa dernière phrase est la suivante : « le pronostic de toute tumeur, quelque bénigne que soit « sa nature, doit toujours être réservé : elles peuvent toutes de« venir malignes. »

Pour arriver à cette conclusion, qui a paru un peu exagérée à votre commission, il prend les unes après les autres les productions de mauvaise nature observées dans les tumeurs érectiles, les verrues charnues, les ulcères simples, les papillomes, les polyadénomes, les adénomes, les myomes, les loupes, kystes, lépromes, les chondromes, les épithéliomes; puis, tout en fournissant quelques cas personnels, il puise dans les divers auteurs les faits épars qui rentrent dans sa manière de voir, mais qui ne sont rien moins que prouvés pour beaucoup d'entre eux et qu'on ne peut accepter qu'avec une grande réserve. Ce qui a trait aux chondromes et aux épithéliomes est complétement mis de côté. Il y avait là pourtant matière à discussion, et nous regrettons que l'auteur se soit contenté de quelques indications trop sommaires. Je dois ajouter que l'écriture de ce mémoire laissait considérablement à désirer, car il nous a fallu bien de la patience pour arriver à le déchiffrer : nous ne saurions trop recommander aux candidats, pour nous faciliter un peu la besogne, d'écrire lisiblement leurs manuscrits.

Mémoire sur l'exencéphale (encéphalocèle congénitale) est le titre du **mémoire n° 3** dont l'épigraphe emprunté à Baglivi est « *Ars tota in observationibus.* »

C'est un seul fait dont l'auteur nous donne l'observation dans ses moindres détails, qui l'a conduit à rédiger cet excellent travail, dont le début est un historique assez court, mais complet, fort

soigné et riche en recherches bibliographiques. Il détermine bien son sujet, sépare complétement l'*encéphalocèle* congénitale, qui n'est le plus souvent qu'un vice de conformation, de l'*encéphalocèle acquise*, qui est purement locale et due, soit à une lésion pathologique, soit à un traumatisme ; préfère le terme d'*exencéphale* dû à Geoffroy Saint-Hilaire, parce qu'il caractérise davantage le vice de conformation, qui est le fait prédominant de cette affection, et admet trois degrés que l'on peut retrouver dans chacune des trois régions du crâne. Il fait rentrer dans sa définition les quatre classes que Spring a décrites comme autant d'affections distinctes, à savoir : la méningocèle, l'encéphalocèle, l'hydrencéphalocèle et la synencéphalocèle. Sans partager les doutes émis par M. Houel sur l'existence de l'encéphalocèle, il croit, avec notre président, qu'on a désigné souvent sous le nom de méningocèle bien des tumeurs qui n'étaient que des kystes congénitaux du crâne.

Les chapitres relatifs au *siége*, à l'anatomie pathologique et à la pathogénie sont remarquables à plus d'un titre. L'auteur cherche à démontrer que toutes les prétendues affections distinguées par Spring ne sont que les états anatomiques d'un seul et même vice de conformation, dont la méningocèle et l'encéphalocèle réalisent les deux types principaux: l'hydrencéphalocèle ne serait qu'un accident, un mode particulier de l'encéphalocèle, mais cependant constituerait pour lui un troisième type propre.

A propos de la *pathogénie,* il combat la doctrine de l'hydrocéphalie comme cause unique de cette malformation, et sans rejeter complétement cette opinion défendue par Haller, Morgagni, Meckel, Dugès, enfin par Otto, Spring et notre président, il aurait plus de tendance à admettre, comme *mode de production probable* de l'encéphalocèle, la théorie de l'arrêt de développement qui est la seule adoptée aujourd'hui pour le bec-de-lièvre et qui commence déjà à prévaloir pour le spina-bifida. Quant à déterminer le mécanisme même de sa production, il ne peut le faire; car, ainsi que l'a dit Giraldès, on n'a pas d'observation surprenant la maladie à son début et la suivant jusqu'à son évolution complète.

Nous reprocherions à l'auteur de poser un peu trop nettement la question du traitement : plaçant de beaucoup au-dessus de tous les moyens thérapeutiques l'excision par le bistouri, combinée avec la ligature élastique, il se trouve encouragé à intervenir par les succès que compte le traitement radical du spina-bifida, et qui deviennent, dit-il, de plus en plus nombreux. C'est aller un peu trop loin, et votre commission aurait voulu que l'auteur se montrât, à ce point de vue, un peu plus réservé. Un tableau de plus de 100 observations termine l'ouvrage.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, ce mémoire qui traite un sujet fort

délicat, à cause des divergences d'opinions, est une œuvre excellente où l'auteur fait preuve d'une érudition plus qu'ordinaire, un travail fort recommandable rempli d'aperçus critiques d'un grand intérêt, et qui porte en lui un cachet d'originalité incontestable.

Le **mémoire n° 4** est intitulé : « *De la fracture du col anatomique de l'humérus avec déplacement extra-capsulaire du fragment supérieur* », et porte, comme le précédent, pour épigraphe : « *Ars tota in observationibus.* »

Ayant eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un cas de fracture du col anatomique avec déchirure capsulaire et issue de la tête humérale hors de la capsule, l'auteur a entrepris de retracer l'histoire clinique et anatomo-pathologique de cette variété de traumatisme que certains chirurgiens considèrent comme luxation compliquée, mais que l'auteur regarde, avec raison, comme une fracture compliquée de déplacement de la tête humérale.

Les deux premiers chapitres qui forment près de la moitié du travail sont relatifs : 1° à un *historique* très-incomplet et dont l'auteur s'excuse, vu, dit-il, l'insuffisance des ressources bibliographiques dont on dispose dans une petite ville de province ; 2° à l'exposé de *dix observations,* dont 9 anciennes, la plupart connues, et une dernière fort complète et instructive qui lui est personnelle et dans laquelle, à l'autopsie, on a trouvé la tête humérale adossée au muscle sous-scapulaire et recouverte par le paquet vasculo-nerveux. Commence alors une monographie se modelant sur les descriptions que nos auteurs classiques donnent de la question et où sont passés en revue, et méthodiquement, l'étiologie, le mécanisme, l'anatomie pathologique, les modifications qui s'accomplissent dans la période de réparation, les résultats éloignés (enkystement de la tête), les symptômes, le diagnostic différentiel et le traitement. A propos de ce dernier, et aussi dans ses conclusions, l'auteur insiste sur la *méthode de refoulement* de M. Richet, qu'il ne croit pas applicable dans le cas où la fracture siége au niveau du sol anatomique ; la plupart du temps, la tête humérale luxée contracte des adhérences avec les parties voisines ou s'enkyste sans donner lieu à aucun accident ; les mouvements se rétablissent sauf celui de l'abduction.

Ce travail présente certainement quelques chapitres intéressants, mais il n'est en somme qu'un travail de compilation où l'auteur, s'aidant du mémoire de Malgaigne et du traité de Smith sur les fractures avoisinant les articulations, fait preuve de bon sens pratique, mais ne produit rien de nouveau, rien de personnel.

Le **mémoire n° 5**, que l'auteur a eu l'attention délicate de faire imprimer, a pour titre : *Des plaies pénétrantes des articulations,* et pour épigraphe : « *Cedant amputationes conservationibus.* »

Écrit dans un style plus poétique que chirurgical, ce mémoire porte, comme conclusion unique, que les plaies pénétrantes articulaires constituent des blessures de la plus haute gravité (c'est là une assertion qui ne trouvera pas, je pense, beaucoup de contradicteurs), mais qu'au milieu de tous les maux sortis de l'ouverture d'une articulation, comme au fond de la boîte de Pandore, il reste du moins l'espérance, l'espérance de la guérison dans beaucoup de cas. Ce travail renferme de nombreuses observations dont quelques-unes offrent un certain intérêt, non-seulement au point de vue de la conservation, dont l'auteur se montre un chaud partisan, mais encore sous le rapport des résultats éloignés et des mouvements du membre blessé; toutefois, ces observations ne forment pas un tout assez homogène pour que votre commission ait jugé cette œuvre capable de réunir vos suffrages.

De la valeur relative des amputations et des résections dans les tumeurs blanches : tel est le titre du **mémoire n° 6** qui prend pour épigraphe : « *Est modus in rebus.* »

Ce mémoire qui a dû coûter beaucoup de peine à l'auteur, car il a été l'objet de recherches bibliographiques minutieuses, n'est guère, dans son ensemble, qu'un travail d'historique et de statistique auxquels il ajoute une confiance absolue.

Après avoir traité, dans sa première partie, des tumeurs blanches en général, il prend chacune des articulations des membres inférieur et supérieur, et fait le parallèle entre l'amputation (dans la continuité ou la contiguïté) et la résection : chacun de ces chapitres forgé sur le même modèle comprend l'historique, la nécessité de l'intervention chirurgicale, la mortalité comparée de la résection et de l'amputation correspondante, l'utilité comparée du membre artificiel et du membre reséqué, les indications et les contre-indications, les procédés opératoires. A propos de ces derniers, l'auteur me semble vouloir un peu trop généraliser lorsqu'il dit que pour toutes les résections, même celles des articulations tibio-tarsienne et du poignet, une seule incision peut suffire.

C'est là une œuvre de patience qu'on consultera avec fruit au point de vue des dates et noms de chirurgiens français et étrangers qui ont traité le même sujet, bien plutôt qu'un travail réellement pratique et clinique ; de plus, l'auteur ne s'est peut-être pas assez prémuni contre certaines causes d'erreurs inhérentes aux statistiques qui l'ont porté à formuler la conclusion suivante, que votre commission n'admet qu'avec une grande réserve : « Il résulte de l'étude que nous venons de faire que la résection doit être préférée à l'amputation ou à la désarticulation, pour les tumeurs blanches des membres supérieur et inférieur, y compris leurs annexes, la main et le pied. »

Le **Mémoire n° 7** : « *De l'intervention chirurgicale dans les luxations compliquées du cou-de-pied* », a pour épigraphe : « *Réalité.* »

L'auteur aborde ce sujet difficile par une *introduction* où il comprend sous cette dénomination les luxations tibio-tarsiennes et celles de l'astragale ; vient ensuite un *historique* fort détaillé où il fait preuve d'une grande érudition : il le divise en périodes ancienne, intermédiaire et contemporaine, et montre parfaitement qu'après avoir subi les chances les plus diverses, la conservation est devenue de nos jours et fort heureusement pour les malades, le mode de traitement obligé dans les luxations compliquées du cou-de-pied.

Après avoir exposé 33 observations toutes personnelles, récentes et inédites, bien rédigées et accompagnées de plusieurs planches soigneusement dessinées à la plume et d'après nature, il entre dans le cœur de son sujet. Il grossit sa propre *statistique personnelle* des chiffres réunis par les différents auteurs, et à ce propos, il fait voir, avec beaucoup de raison, que les *statistiques continues* dont parle M. Chassagnac (même hôpital, mêmes conditions hygiéniques, même chirurgien) sont les seules bonnes, les seules réellement vraies.

Lorsqu'on lit avec attention la première partie de ce travail, il vous semble qu'il y existe un peu de confusion, mais peu à peu, à mesure que l'on avance, la lumière se produit, on reconnaît sans peine que cette appréciation est mal fondée, car c'est avec une lucidité parfaite et un sens réellement chirurgical et de très-bon aloi que l'auteur vous décrit : 1° les résultats statistiques généraux au point de vue de la mortalité ; 2° les avantages comparés des différentes méthodes de traitement ; 3° la conduite à tenir dans les différentes espèces de luxations compliquées du cou-de-pied (indications et contre-indications. — Intervention chirurgicale).

Je me bornerai, pour ne pas abuser des moments de la Société, à lui signaler quelques-unes des sages conclusions que formule l'auteur.

Pour les luxations tibio-tarsiennes. — Si la plaie est petite et sans fracture comminutive : réduction ; si la plaie est petite avec fracture comminutive : résection immédiate ; de même si la plaie est vaste avec saillies étendues des extrémités osseuses.

Si, après la réduction, une inflammation violente se déclare encore, résection, car c'est là, suivant l'expression de M. Verneuil, le meilleur antiphlogistique à employer.

L'amputation n'est exceptionnellement indiquée que dans les délabrements considérables et lorsque la gangrène est inévitable.

Pour les luxations de l'astragale sans plaie, réduction avec chloroforme et ténotomie du tendon d'Achille. Si la réduction

échoue, attendre; si le sphacèle est imminent et s'il y a] fracture, extirpation de l'astragale.

Avec plaie, réduction. Si elle échoue, extirpation de l'astragale. L'auteur préférerait l'extirpation totale : quand bien même la tête demeurerait en place, le malade marche mieux.

Messieurs, après avoir examiné avec soin les mémoires qui lui ont été soumis, votre commission est très-heureuse de vous déclarer que le concours a été cette année très-brillant et par le nombre de candidats, et surtout par la haute valeur des travaux qui ont été envoyés à la Société de chirurgie.

Deux de ces mémoires surtout lui ont paru les plus dignes : ce sont ceux qui portent les numéros 7 et 3; tous deux sont excellents presque au même titre, et il est bien regrettable que nous ne puissions disposer que d'un seul prix. Force était cependant de choisir; votre rapporteur, pour rester fidèle à l'heureuse impression que ces deux travaux ont laissée dans l'esprit des membres de la commission, doit vous avouer que longtemps l'hésitation a été grande, car ce n'est qu'à une voix de majorité que le mémoire n° 7 a été placé le premier, parce qu'il est rédigé avec un sens chirurgical pratique un peu plus accentué que celui du n° 3 auquel nous réservons une mention des plus honorables.

En conséquence, votre commission vous propose :

1° De décerner le prix E. Laborie à l'auteur du mémoire n° 7 intitulé : *De l'intervention chirurgicale dans les luxations compliquées du cou-de-pied*, avec l'épigraphe « *Réalité* »;

2° D'accorder, à titre d'encouragement, une somme de 500 francs à l'auteur du mémoire n° 3, ayant pour titre : *Mémoire sur l'exencéphale* (encéphalocèle congénitale) et pour épigraphe : « *Ars tota in observationibus* » « Baglivi ».

Prix décernés pour 1876.

Prix Duval.

Le *prix Duval* est décerné à M. Louis Couty, médecin stagiaire à l'École du Val-de-Grâce, pour sa thèse inaugurale intitulée : *De l'entrée de l'air dans les veines.*

Prix Laborie.

Le *prix Laborie* est décerné à M. Poinsot, de Bordeaux, pour son mémoire intitulé : *De l'intervention chirurgicale dans les luxations compliquées du cou-de-pied*, avec cette épigraphe : *Réalité.*

Une mention, avec 500 francs, est en outre accordée à M. Lar-

get, médecin aide-major de l'armée, pour son mémoire sur l'*Exencéphale* (*encephalocèle congénitale*), avec cette épigraphe : *Ars tota in observationibus.*

Prix à décerner en 1877.

Prix Duval.

Ce prix récompensera la meilleure thèse de chirurgie publiée en France pendant l'année 1877.

Ne peuvent concourir que les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes dans les hôpitaux civils, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine.

Autant que possible, les recherches doivent s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans son service d'hôpital.

Deux exemplaires des thèses destinées à ce concours doivent être adressés à la Société avant le 1er novembre 1877.

Prix Laborie.

Pour 1877, d'après les dispositions réglementaires, la question est laissée au choix des concurrents.

Les manuscrits, écrits en français, en anglais, en allemand ou en latin, doivent être déposés avant le 1er novembre 1877, et être accompagnés d'une devise et d'un pli cacheté indiquant le nom de l'auteur.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire,
Cruveilhier.

Paris. — Imp. Paul Dupont, rue J.-J.-Rousseau, 41. (1824, 2-7.) *Le Gérant* G. Masson.

Séance du 24 janvier 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

Dans la carrière pénible et si souvent tourmentée que nous parcourons, il est une joie sans pareille et qui nous touche au plus profond du cœur.

Cette joie qui consiste à faire loyalement son devoir et à mériter en échange les suffrages de ses pairs, je la ressens aujourd'hui pour la troisième fois.

Après avoir été en effet votre secrétaire, puis votre vice-président, vous avez voulu, par vos suffrages unanimes, m'appeler cette année au fauteuil de la présidence.

Un témoignage aussi constant de votre confiance en moi me touche et m'honore au plus haut point. Aussi, ferai-je tous mes efforts pour m'en rendre digne.

Que sont, en effet, Messieurs, des succès éphémères réalisés trop souvent par des procédés extra-scientifiques, à côté de l'estime d'une réunion d'hommes de savoir, comme ceux que je vois en ce moment autour de cette tribune, parmi lesquels nous comptons des maîtres éminents et des émules dignes du respect de tous? Évidemment peu de chose. Aussi est-ce dans cette estime et pas ailleurs que gît la suprême récompense d'une vie de labeur.

Dans l'accomplissement de mes fonctions, j'aurai pour guide l'exemple de mes prédécesseurs, et parmi ceux-là, je me plais à citer mon prédécesseur immédiat, le président sortant.

Permettez, en conséquence, que mon premier acte soit celui de vous inviter à voter des remerciements à votre président de l'année dernière et à tout le bureau sortant.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger ;

2° Diverses brochures de chirurgie par M. Cazenave de Bordeaux ;

3° Des lettres de remerciement de MM. Poncet, Cras, Devalz,

Letiévant et Baudon, récemment nommés membres correspondants;

4° Une lettre de remerciement de M. le Dr Poinsot, de Bordeaux, à qui la Société a décerné le prix Laborie pour l'année 1876;

5° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique informant la Société qu'il lui a attribué une allocation de 600 francs;

6° Une lettre de M. le Dr Péan, sur la *forcipressure*.

7° M. Verneuil offre, au nom des auteurs, les publications suivantes : *De l'épithélioma térébrant du maxillaire supérieur*, par M. Reclus ; — *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, n° 1 ; — *De la compression de l'aorte à l'aide de l'anesthésie dans le traitement des anévrysmes intra-abdominaux*, par le Dr Woirhaye ; — *De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes*, par le Dr Maurice Longuet.

8° M. le Dr Péan offre deux exemplaires d'une brochure intitulée : *De la forcipressure*, par MM. Deny et Exchaquet.

9° M. Larrey offre les *comptes rendus hebdomadaires de l'Académie des sciences* pour l'année 1876.

10° M. Cras, membre correspondant, adresse la lettre suivante :

Monsieur le Président,

Voulez-vous me permettre à distance une courte observation à propos de la discussion qui a suivi la communication de notre collègue M. Cazin, relative à un anévrysme faux primitif avec anomalie de l'artère humérale. (Séance du 10 janvier.)

Au début de mes études à l'École de médecine de Brest, j'ai assisté à une ligature pratiquée pour une plaie artérielle dans une saignée de la basilique. Notre professeur de clinique chirurgicale, M. Marcellin Duval, qui s'était spécialement occupé des anomalies artérielles de l'humérale, déclara, après examen, qu'il y avait très-probablement bifurcation prématurée, *et que la radiale* avait été ouverte, ce qui fut trouvé exact.

Je fus très-frappé de cette observation. J'ai disséqué à ce point de vue un grand nombre de bras ; tout ce que j'ai vu confirme les très-remarquables études que M. Marcellin Duval a condensées dans son *Traité d'hémostasie* (p. 110-117).

L'anomalie *la plus fréquente* est celle dans laquelle la radiale, née à une hauteur variable de la partie interne et postérieure du tronc commun, ne tarde pas à croiser l'autre branche dont elle est séparée par le médian, de sorte que sous l'expansion aponévrotique du biceps, on trouve de dehors en dedans et d'avant en arrière la radiale, le médian, la cubitale. — *Dans la saignée de la basilique, c'est la radiale qui est surtout exposée*, en cas de bifurcation prématurée.

M. Verneuil communique une lettre qu'il a reçue de M. Albert, de Vienne, membre correspondant étranger de la Société, et relative à trois observations de kystes huileux.

Deux cas de kystes huileux à la région du sac lacrymal,

publiés par E. Albert.

1° Un kyste, observé sur un homme de presque 30 ans, occupait la région naso-orbitale droite et avait 4 centimètres sur 3 de dimension; son axe longitudinal était dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. La tension de la tumeur était très-médiocre.

Pendant l'extirpation, le liquide s'écoula de sorte qu'on n'en put recueillir qu'une petite quantité. Le liquide ne se coagula point, mais resta comme la glycérine dont il avait la transparence et la couleur, Il laissait des taches grasses sur le papier, était parfaitement soluble dans l'éther, absolument insoluble dans l'eau.

2° Un kyste de la grandeur d'une fève, observé précisément devant le sac lacrymal, avec lequel il n'y avait point de communication; le contenu était plus jaune (couleur du vin blanc), et fournissait les mêmes preuves sur le papier et dans l'éther.

(*Lehrbuch d. Chirurgiev,* Albert, 3 Heft.)

Un cas de kyste huileux au cou,

publié par Weiss, à Prague.

Un homme, âgé de 23 ans, gagna, par suite d'une lésion (on essayait de l'égorger) au-dessous de l'angle maxillaire, une tumeur qui, dans l'espace de cinq années, grandissait peu à peu jusqu'au volume du poignet. Pendant deux années ce volume resta invariable. La tumeur occupait l'espace compris entre le muscle sternocidomastoïdien, le larynx, le bord de la mâchoire inférieure et une ligne horizontale divisant le cou en deux moitiés; elle était hémisphérique, lisse à la surface, transparente, fluctuante. On divisa par une incision verticale la peau, on incisa la tumeur et on recueillit le contenu. Le contenu était un liquide huileux, de couleur jaune clair, et se coagula, exposé à l'air, comme de la graisse molle.

L'examen chimique a fourni les données suivantes :

Température où le liquide se liquéfiait, 36,5° C.

Température où le liquide se coagula, 28° C.

Peu soluble dans l'eau, partiellement soluble dans l'alcool froid, parfaitement soluble dans l'alcool absolu chaud, très-facilement soluble dans l'éther.

Les solutions ne renferment point de cristaux, seulement des gouttes huileuses.

L'analyse donne : glycérine, acide de stéarine, acide de palmitin. acide huileux.

(*Prager, viertel Jahrschrift,* 1871, *Band* 109.)

Communications.

Rétroversion de la matrice irréductible. — Constipation opiniâtre suivie d'iléus. — Gastrotomie et ovariotomie dans le but de fixer la matrice d'une manière permanente à la paroi abdominale. — Guérison,

par M. C. Koeberlé.

Au mois de mars 1869, j'ai été consulté par une malade âgée de 22 ans, M[me] la comtesse B..., affectée d'une rétroversion de la matrice qui avait donné lieu à une constipation dont aucun remède, ni purgatifs, ni lavements, ni eaux minérales, n'avait pu triompher, et qui persistait depuis plus de 4 mois sans qu'il y ait eu de selles. Les matières stercorales avaient donné lieu à des scybales pierreuses qui étaient accumulées dans le gros intestin, au-dessus du rectum qui était vide. La comtesse B... avait consulté 25 médecins, en grande partie des sommités médicales, et les traitements les plus variés et les plus énergiques étaient restés sans effet. Des douleurs incessantes dans le bas-ventre, dans la cuisse et dans le flanc gauche obligeaient la malade à garder le lit presque constamment depuis 7 mois. L'haleine était fécaloïde et les nausées continuelles.

Par intervalles, survenaient des vomissements fécaloïdes. Le ventre était tendu, empâté; dans le flanc gauche existait un amas de véritables coprolithes. La malade ne pouvait supporter aucun aliment solide et se nourrissait exclusivement de laitage depuis 2 mois. Comme la situation était intolérable, elle était venue me trouver pour que je lui ouvrisse le ventre, afin, disait-elle, d'en retirer les pierres qui y étaient contenues. Indépendamment de tout cela, on observait quelques symptômes nerveux d'hystéricisme. L'utérus, plus volumineux qu'à l'état normal, était en rétroversion et s'était tourné vers la gauche, de telle sorte que le col utérin était dirigé à droite en avant et que l'angle gauche de la matrice occupait la partie la plus déclive du cul-de-sac recto-vaginal. L'ovaire gauche pouvait être perçu entre le col et le corps de la matrice sous forme d'une petite tumeur mobile de la grosseur d'un ovaire normal et qu'on ne pouvait méconnaître en raison de la douleur caractéristique que la pression y provoquait. Il n'y avait pas eu d'accidents à la suite d'une couche qui avait eu lieu deux ans et demi auparavant. La rétroversion provenait d'une chute de voiture au mois de septembre 1868, et c'est depuis cette époque que la malade était souffrante. Le corps de la matrice était enclavé et irréductible dans sa situation normale. M. le professeur Stolz essaya vainement, après mes propres tentatives, de la redresser, soit avec le doigt, soit à l'aide de la sonde. Il était impossible de

franchir l'orifice interne de l'utérus. Évidemment, la rétroversion aggravait la constipation en comprimant l'intestin, et d'autre part, la constipation rendait la rétroversion irréductible en refoulant la matrice qui, cependant, était mobile dans une certaine étendue.

Quel que fut l'obstacle mécanique à la circulation des matières intestinales, il importait de le lever. J'essayai à mon tour d'abord les purgatifs salins, puis les purgatifs drastiques, quoique la malade m'eût affirmé qu'elle les digérait tous ou bien qu'elle les rejetait par les vomissements, et que c'était lui infliger un tourment inutile. J'insistai néanmoins, mais inutilement. Les solutions salines, les plus fortes doses d'huile de ricin occasionnaient des coliques, mais étaient finalement digérées ; les purgatifs trop irritants provoquaient des vomissements.

Enfin, je me décidai à intervenir. Je pris le parti d'ouvrir le ventre et de faire avancer les concrétions intestinales par des manipulations directes de l'intestin jusque dans le rectum, après avoir écarté l'obstacle qni s'opposait à leur progression, c'est-à-dire en réduisant avec la main la rétroversion utérine. D'autre part, pour empêcher la reproduction de la rétroversion d'une manière permanente, je résolus de fixer le ligament large du côté gauche par l'intermédiaire de la trompe et de l'ovaire gauche dans l'angle inférieur de l'incision abdominale, en sacrifiant l'ovaire, ainsi que l'on opère lors d'une ovariotomie. La matrice devait être retenue ainsi par son angle gauche contre la paroi abdominale, de manière à s'opposer à tout déplacement ultérieur. La fixation de la matrice dans la paroi abdominale était ainsi une opération secondaire : on profitait de la circonstance de l'ouverture du ventre faite dans le but de remédier à l'iléus, pour guérir aussi la rétroversion et empêcher le retour des graves accidents qui existaient alors. On voit d'après cela que la gastrotomie n'a pas été entreprise en vue de la rétroversion, mais à cause de l'iléus, et que je n'ai pas eu l'idée d'appliquer d'une manière générale cette opération à la rétroversion de la matrice, d'autant plus que depuis j'ai traité au moins cent cas de rétroversion sans avoir eu recours une seule fois à la gastrotomie.

L'opération eut lieu le 27 mars 1869, en présence de MM. Stoltz, Schetelig, Taule. M. Elser était chargé de la chloroformisation. Une incision de la peau de 12 centimètres sur la ligne médiane, entre le pubis et l'ombilic, ne comprenant guère au delà de 5 centimètres d'incision des tissus fibreux, me permit d'introduire l'indicateur et le médius de la main droite jusqu'au fond du bassin en longeant la paroi postérieure de la vessie. Je parvins ainsi à la matrice qui était rétrovertie en arrière, ainsi qu'on l'avait constaté, et je parvins à l'accrocher, non sans difficulté, dans l'angle de sa

flexion, à l'aide de l'indicateur que je soulevai ensuite. Il fallut un effort assez considérable pour relever ainsi le corps de l'utérus, qui se redressa ensuite brusquement par suite de son enclavement au milieu des scybales de l'intestin qui étaient arrêtées au niveau du fond de l'utérus qui comprimait l'intestin. Je saisis ensuite entre l'index et le médius l'ovaire gauche en me guidant sur l'angle gauche de la matrice, et je l'amenai au dehors à l'angle inférieur de la plaie où il devait être fixé. J'introduisis de nouveau la main après l'avoir bien lavée et, me guidant le long de la paroi postérieure du ligament large et de la matrice, je malaxai les scybales pour les dissocier à l'aide de l'indicateur et du médius et pour les faire progresser vers l'orifice du rectum. La matrice était un peu volumineuse, congestionnée par suite de la flexion complète du corps sur le col. L'ovaire gauche, normal du reste, était tuméfié à l'une de ses extrémités par un infarctus hémorrhagique (corps jaune) en voie de résorption. L'épiploon fut étalé au devant de l'intestin grêle jusqu'au pourtour du pédicule constitué par la trompe et par l'ovaire gauche qui furent compris dans une ligalure en fil de fer à l'aide d'un serre-nœud, comme il est d'usage dans mes opérations d'ovariotomie. Une tige de fil d'acier, qui traversait l'extrémité de la trompe et l'ovaire au-dessus de la ligature, servit à maintenir cette ligature dans un rapport fixe avec la paroi abdominale, en s'appuyant sur la peau de chaque côté de l'incision. Le pédicule tirait sur l'angle gauche de la matrice qui était distant de 4 centimètres de la ligature dont l'extrémité correspondait au milieu du tissu graisseux sous-dermique qui formait à l'angle inférieur de l'incision une couche de 3 centimètres environ. Les parties superflues de l'ovaire furent réséquées avec des ciseaux, et les parties restantes ainsi que l'extrémité de la trompe furent enduites de perchlorure de fer après la réunion de la partie supérieure de l'incision qui fut faite avec deux points de suture enchevillée profonde en soie de Chine, ne comprenant pas le péritoine, et 8 points de suture entortillée. L'opération a duré environ une demi-heure. La perte de sang a été à peine de 25 grammes, et l'hémorrhagie fut complétement arrêtée par l'application de quelques-unes de mes pinces hémostatiques.

Il ne survint aucun accident, ni vomissement chloroformique, ni fièvre, comme dans un cas d'ovariotomie très-simple, et la cicatrisation fut complète le 24ᵉ jour.

Dès le premier jour de l'opération, l'opérée rendit spontanément une assez grande quantité de scybales pierreuses dont on facilita la progression à l'aide d'une pression digitale à travers le canal génital. Le 3ᵉ jour, un lavement de séné dont l'action était restée inefficace avant l'opération amena une évacuation énorme de matières

intestinales qui se prolongea les jours suivants, et dès lors les selles devinrent régulières. Les coliques, les malaises, les nausées se dissipèrent et la cuisse gauche put être étendue normalement.

La matrice était parfaitement attachée à la paroi abdominale dont la cicatrice était linéaire, sauf à l'angle inférieur où avait été fixée la pédicule. La menstruation resta normale et la guérison put être considérée comme étant parfaite. La comtesse B..., dont l'humeur était naturellement excentrique, bizarre, avec des manifestations hystériques, était devenue très-mélancolique à la suite de la rétroversion; mais elle reprit alors de la gaieté et continua à se porter à merveille pendant 4 ans. Elle fut alors vivement impressionnée par des revers de fortune, et elle revint me consulter pour des crampes de la vessie, de la matrice, du vagin et de l'anus avec constipation, qu'elle attribuait à une nouvelle chute de voiture qui avait dérangé, disait-elle, un fil d'argent dont je m'étais servi pour attacher la matrice dans le ventre et qui irritait l'intérieur de la cicatrice.

Comme je n'ajoutais pas foi à cette explication, elle prétendit ensuite qu'elle avait fait une chute du haut d'une chaise et que la matrice s'était détachée. Elle désirait absolument qu'on lui enlevât, tantôt le col de la matrice, tantôt l'ovaire droit, tantôt la matrice tout entière. Très-intelligente, du reste, la malade est sujette, depuis cette époque, à des extravagances de toutes sortes, comme on en observe souvent dans l'hystérie. Il survenait alors, à des intervalles rapprochés, des rougeurs qui s'étalaient irrégulièrement de chaque côté de la face et qui provenaient d'une paralysie passagère des nerfs vaso-moteurs. Les malaises dont se plaint la malade sont symptomatiques d'un vaginisme très-prononcé, accompagné de contracture spasmodique de l'urèthre, du sphincter vaginal et du sphincter rectal avec constipation. La malade se nourrit d'une manière étrange, ne va à la selle que toutes les trois semaines environ, reste presque toujours couchée, se couvre de couvertures d'une manière exagérée en faisant chauffer sa chambre, calfeutrée de toutes parts, d'une manière extrême, ne permettant de l'aérer qu'à de très-rares intervalles. Les jambes sont presque toujours froides jusqu'au-dessus du genoux, et la peau de la main est tantôt très-moite, tautôt sèche. La malade est très-amaigrie; elle vit dans l'isolement et dans l'obscurité; par intervalles, elle se lève pendant quelques jours et se fatigue d'une manière immodérée comme si elle était tout à fait bien portante, en passant toujours d'un excès à l'autre. Elle dort en grande partie pendant le jour et s'occupe exclusivement de lecture, n'écoutant absolument aucun conseil. Sauf l'anémie, l'étiolement et l'amaigrissement, la santé est excellente. La cicatrisation est restée dans un état d'inté-

grité parfaite : il n'y a pas de trace d'éventration ou de hernie abdominale, ce qui serait inévitablement arrivé si la cicatrisation s'était relâchée.

J'ai essayé, en vain, de me prêter aux idées de la malade, et je lui ai appliqué un pessaire qu'elle n'a pas voulu garder plus de deux à trois jours, parce qu'il ne modifiait pas son état. Elle persiste à réclamer l'ablation de la matrice.

Au toucher on ne constate aucun degré de rétroversion. Le col utérin occupe une position normale et la matrice n'est pas abaissée.

J'ai examiné la malade avec la sonde utérine à trois reprises, en dernier lieu en 1875. La sonde utérine pénètre normalement dans la cavité utérine, en se dirigeant vers l'angle inférieur de la cicatrice. En cherchant à déprimer la sonde en arrière, on tire sur la cicatrice dont l'angle inférieur se déprime en entraînant en arrière les tissus voisins ; mais il est impossible d'entraîner la matrice en arrière et de produire artificiellement une rétroflexion et à plus forte raison une rétroversion, ce qui prouve évidemment que la matrice est restée fixée d'une manière permanente à le paroi abdominale et que la rétroversion n'a pu se reproduire.

L'opération précédente peut être considérée, au point de vue de l'ablation d'un ovaire, comme un cas d'ovariotomie normale. M. Battey, de Georgia, a désigné ainsi dans les derniers temps les opérations relatives à l'extirpation des ovaires à l'état normal[1]. M. Battey a fait, depuis 1874, une série d'observations en enlevant soit un seul, soit les deux ovaires, à l'état sain, dans le but de « produire un changement dans les conditions de l'existence », dans les circonstances où l'on pense que cela est désirable, par exemple dans les cas d'affections nerveuses ou présumées symptomatiques des ovaires (névralgie, dyménorrhée, hystérie, etc.). Cette opération a été répétée, depuis, un grand nombre de fois à New-York, d'une manière abusive. Il importe de se prononcer énergiquement contre l'abus de pareilles opérations, qui ont été plusieurs fois suivies de mort, et qui n'ont pas toujours été profitables aux malades lorsqu'elles ont été suivies de guérison, quoique l'on rapporte quelques cas de brillant résultat. M. Battey a fait sa première opération par une incision abdominale et les autres par une incision vaginale.

L'ovariotomie vaginale a été pratiquée d'abord par M. Thomas, de New-York, en 1870, dans un cas de kyste de l'ovaire de petite dimension, qu'il extraya par les voies génitales, à l'aide d'une incision dans la paroi postérieure du vagin, après avoir ponctionne

[1] Battey's operation. By Drs Yandell and Mc Clellan. *American Practitioner*, octobre 1875.

quelques-unes des loges de la tumeur. M. Davis, de Wilkesbarre, en 1872, opéra également avec succès un kyste du poids de 9 livres, par le vagin, à travers lequel il fut obligé d'introduire la main dans la cavité péritonéale pour détruire les adhérences étendues à la paroi abdominale, au-dessus de l'ombilic. La même opération a été répétée par M. Gilmore, de Mobile, en 1873, dans un cas où la tumeur ovarique avait la grosseur d'une orange, et par M. Battey, en 1874, dans un cas de petite tumeur d'un ovaire, avant de faire et de proposer l'ovariotomie normale, qu'il pratiqua, la première fois, par une incision abdominale, et les autres fois, ainsi que ses imitateurs, par une incision vaginale. M. Wing, de Boston, en 1876, a aussi opéré avec succès, par le vagin, un kyste ovarique de la grosseur d'une orange. Ce kyste fut extrait après avoir été simplement séparé de ses attaches. La matrice et le ligament large, qui avaient été tirés en dehors de l'incision, rentrèrent alors spontanément sans que l'on eût appliqué aucune ligature Ce sont là des opérations téméraires que le succès ne saurait toujours justifier et que des chirurgiens expérimentés n'imiteront jamais.

L'ovariotomie normale a été faite antérieurement plusieurs fois dans diverses circonstances. Tel est le cas de Pott[1], qui paraît avoir extirpé les deux ovaires à une jeune femme, âgée de 23 ans, qui était entrée à l'hôpital Saint-Barthélemy à cause de deux petites tumeurs qu'elle avait aux aines, et qui depuis quelques mois étaient très-douloureuses et gênantes. C'étaient les deux ovaires herniés qui furent excisés. Cette femme a joui ensuite d'une bonne santé, et depuis l'opération elle n'a plus été réglée. Lassus[2] a vu une fille à laquelle un chirurgien avait extirpé par méprise un ovaire hernié à travers l'anneau inguinal et qui guérit parfaitement. En 1780, Wriesberg fut appelé auprès d'une accouchée chez laquelle une sage-femme avait retranché la matrice, après avoir produit une inversion de cet organe, par suite des tractions qu'elle avait exercées sur le placenta. L'examen des parties qui avaient été retranchées montra que l'incision avait porté sur le col utérin et que l'ovaire droit avec les deux trompes y étaient adhérents[3]. Dans ces dernières années, l'hystérotomie abdominale, dans les cas de tumeurs fibreuses, a été souvent accompagnée de l'extirpation des ovaires à l'état normal. J'ai moi-même, le premier, recommandé leur ablation simultanée dans ces circonstances, parce que leur conservation n'a pas alors de raison d'être, et peut gravement compliquer l'opération ou ses suites.

[1] Pott, *Œuvres chirurg.*, traduct. franç. Paris, 1777, p. 492.
[2] Lassus, *Pathol. chirurg.*, t. II, p. 100.
[3] Struve, *Triumph der Heilkunst.* Breslau, 1803, t. IV.

La rétroversion de la matrice peut donner lieu, par exception, à une constipation telle qu'il en résulte un iléus.

Elle peut être irréductible et peut exiger ainsi une intervention chirurgicale.

La fixation de la matrice à la paroi abdominale, comme traitement curatif de la rétroversion, et l'ovariotomie normale, envisagée d'une manière générale, ne doivent trouver leur application que dans des cas exceptionnels où les indications sont très-précises.

Faits pour servir à l'étude de la commotion cérébrale,

par M. Duménil, de Rouen.

En soumettant à l'appréciation de la Société de chirurgie le résultat de l'examen anatomique de deux sujets emportés par ce que je considère comme une véritable commotion du centre nerveux cérébro-spinal, je n'ai nullement l'intention de revenir sur tout ce qui a été dit à propos de cette question. Je me bornerai à rappeler les opinions les plus récemment émises et les plus solidement appuyées par la critique, l'expérimentation et l'observation clinique. Un certain nombre de chirurgiens nient l'existence de la commotion cérébrale comme espèce morbide distincte et rattachent à la contusion les lésions que l'ébranlement de la masse encéphalique peut produire ; c'est cette opinion qu'a soutenue M. Fano dans un mémoire remarquable lu à la Société de chirurgie, c'est elle qu'on trouve exposée par Prescott Hewet dans le *Traité de chirurgie* de Holmes. Cette interprétation est sans doute parfaitement rigoureuse pour les faits que ces auteurs rapportent ; les épanchements sanguins que M. Fano a constamment observés autour du bulbe, dans ses expériences, suffisent à expliquer la mort ; j'admets aussi que les coagulations que Prescott Hewet a trouvées dans la cavité arachnoïdienne, chez des sujets morts un certain temps après avoir présenté les symptômes d'une commotion assez légère pour permettre le rétablissement, sont bien le reliquat de déchirures vasculaires produites par la cause de la commotion. Mais il y a des faits pour lesquels il est impossible d'invoquer cette explication et pour lesquels il me paraît indispensable de maintenir l'entité morbide de commotion cérébrale. S'ils sont beaucoup plus rares qu'on ne l'a cru à une époque antérieure, l'attention qu'on est maintenant conduit à apporter dans les recherches de cette nature leur donne une valeur qu'on a justement refusée à la masse des autopsies in-

complètes sur lesquelles a été fondée à l'origine la doctrine de la commotion cérébrale.

Bergmann (dans la *Chirurgie* de Pitha et Billroth) cite le cas d'un enfant de 2 ans qui tomba d'un lit sur le sol et fut trouvé mort une demi-heure au plus après la chute. Les seules lésions qu'on rencontra furent l'injection des vaisseaux de la pie-mère, de l'épendyme et des plexus choroïdes. Les ventricules contenaient environ une demi-once de sérosité, les sinus étaient remplis de sang liquide, les poumons étaient hypérémiés. Tous les autres organes étaient sains. Il y avait des traces de contusion sur le front et le cinciput. Le même auteur ajoute à cette observation celle d'un garçon de 14 ans qui fut trouvé mort auprès d'un traîneau qu'il conduisait. Il avait été vu bien portant quelques heures auparavant. Des ecchymoses, des excoriations, un épanchement sanguin à la face et à la région temporale indiquaient que la cause de la mort avait été un traumatisme de la tête. La dure-mère était très-tendue, injectée; les sinus gorgés de sang ainsi que les vaisseaux de la pie-mère. Les circonvolutions cérébrales étaient aplaties, la substance nerveuse présentait un piqueté abondant et était un peu molle; chaque ventricule latéral contenait une once de sérosité rougeâtre; les vaisseaux des parois ventriculaires étaient très-injectés. Les poumons étaient assez fortement hypérémiés. Il n'y avait rien d'anormal dans les organes des autres cavités. On pourrait, il est vrai, reprocher à cette dernière observation une description insuffisante du piqueté signalé dans la substance cérébrale et objecter qu'il peut s'agir ici de ces épanchements miliaires signalés par nombre d'observateurs.

Bergmann cite enfin les expériences de Bech qui démontrent que la commotion cérébrale détermine dans la masse encéphalique des troubles circulatoires d'une grande importance. Après avoir frappé la tête d'animaux au moyen d'un marteau matelassé, il sciait immédiatement le crâne et trouvait la surface du cerveau pâle et immobile. Les vaisseaux ne se remplissaient et les mouvements produits par la respiration ne réapparaissaient que lorsque l'animal revenait à lui. Bergmann, de son côté, a utilisé l'examen de l'œil à l'ophthalmoscope pour étudier les modifications de la circulation intracrânienne produites chez des lapins par la commotion cérébrale. Les vaisseaux de la rétine n'étaient pas ou qu'à peine visibles jusqu'au rétablissement de l'animal; alors ils reparaissaient nettement et peut-être plus dilatés qu'à l'ordinaire.

Ces faits et les phénomènes qu'on observe pendant la vie conduisent Bergmann à voir, dans les symptômes de la commotion cérébrale, l'expression de troubles circulatoires qu'il attribue, avec Fischer, à une paralysie vaso-motrice. Le fait suivant, dans lequel

tous les organes ont été inspectés avec soin et où la moelle épinière a été soumise à l'examen microscopique, me paraît fournir une preuve anatomique à cette opinion.

Parmi les blessés apportés à l'Hôtel-Dieu de Rouen lors de l'incendie du théâtre des Arts, se trouvait un soldat qui s'était précipité du 4e étage et qui a succombé à son arrivée à l'hôpital, une heure après la catastrophe.

L'autopsie fut faite 37 heures après la mort par une température extérieure modérée. Voici les détails de cette autopsie :

Le sujet présente une musculature d'un développement exceptionnel. La raideur cadavérique est peu prononcée; du sang s'est écoulé en abondance de la bouche et des fosses nasales. Le dos du nez présente une contusion superficielle, sans fracture. On ne trouve nulle part ailleurs de coloration ecchymotique. Les parties molles du crâne offrent, au-dessus de la protubérance occipitale, dans l'étendue d'une pièce de 2 francs, une infiltration sanguine et le péricrâne est détruit dans la largeur d'une pièce de 50 centimes; il n'existe aucune lésion de l'os.

La calotte crânienne est enlevée avec la scie; elle se détache facilement de la dure-mère. Celle-ci est fortement tendue et présente une teinte violette foncée générale. Les vaisseaux qui rampent dans son épaisseur sont remplis de sang. Les circonvolutions cérébrales sont fortement pressées et légèrement aplaties.

Toute la surface convexe de l'hémisphère droit est recouverte d'nne rosée d'un liquide sanguinolent rose vif, qu'on enlève en passant légèrement la lame du couteau. On trouve le même liquide sur l'hémisphère gauche, mais seulement sur une faible étendue, immédiatement en dehors de la faux du cerveau. Les vaisseaux qui rampent dans la pie-mère sont gorgés de sang; cette membrane s'enlève facilement en laissant la surface des circonvolutions parfaitement intacte.

La substance grise des circonvolutions présente une teinte hortensia très-marquée et on voit à la surface un piqueté vasculaire très-prononcé. Les coupes de substance blanche des hémisphères reproduisent le même piqueté. Les divers noyaux de substance grise du cerveau offrent une teinte semblable à celle des circonvolutions.

Partout la consistance du tissu nerveux est normale. On ne trouve nulle part d'épanchements sanguins, si petits qu'ils puissent être. Les cavités ventriculaires sont complétement vides; les plexus choroïdes et la toile choroïdienne sont fortement congestionnés.

Le cervelet présente à la surface une teinte générale d'un rouge vif, uniforme.

Les coupes offrent la teinte hortensia foncée de la substance grise.

Le bulbe et la protubérance ne présentent pas d'autre changement que la même teinte prononcée de la substance grise qui entre dans leur composition.

Le crâne est intact dans toutes ses parties. Après la dessiccation, le tissu osseux est d'une couleur violacée très-marquée et uniforme. On ne trouve non plus aucune fracture à la colonne vertébrale. Au niveau des 3e et 4e vertèbres dorsales existe, entre la dure-mère et le canal osseux, un épanchement de sang d'une certaine abondance, mais insuffisant cependant pour exercer une compression marquée sur la moelle. Cet épanchement est surtout prononcé en arrière, mais il s'étend aussi un peu à la partie antérieure.

La moelle enlevée avec ses membranes est placée dans de l'eau additionnée d'alcool au quart et examinée 8 heures plus tard. La face interne de la dure-mère, au niveau de la partie supérieure de la région dorsale, présente en arrière une teinte rouge d'imbibition très-prononcée. A ce niveau, la face postérieure de la moelle, revêtue de l'arachnoïde et de la pie-mère, offre une teinte d'un rouge vif, uniforme, analogue à ce que nous avons vu sur la convexité de l'hémisphère droit du cerveau. Cette coloration est due à une exhalation sanguine dans les mailles de la pie-mère. Cette teinte se remarque également, mais bien moins accentuée, sur tout le reste de la face postérieure de la moelle. Les vaisseaux de la face antérieure du cordon rachidien sont aussi injectés, mais à un degré bien moindre. La consistance de la moelle est faible, surtout aux régions dorsale et lombaire. La substance grise présente la teinte hortensia foncée. On ne constate nulle part d'épanchement sanguin dans le tissu nerveux.

Là où les vaisseaux sont coupés suivant leur longueur, ils offrent des irrégularités de calibre très-frappantes; sur un point on trouve une dilatation fusiforme du double au moins du calibre du reste du vaisseau. Un autre vaisseau présente une dilatation ampullaire. Ailleurs les vaisseaux sont très-irréguliers, dilatés sur d'assez longs trajets. L'épanchement sanguin existant entre la dure-mère et la colonne vertébrale n'a évidemment joué aucun rôle comme cause d'une mort aussi rapide. Il n'était pas suffisant pour comprimer la moelle épinière et d'ailleurs il occupait un point où une compression même absolue ne pouvait amener une terminaison fatale aussi prompte. Quelle est la nature de ces nombreux dépôts microscopiques disséminés dans la trame de la moelle épinière et surtout dans la substance grise? Je ne puis y voir que des amas de globules sanguins altérés par leur contact prolongé avec les réactifs employés pour la conservation des préparations.

Quelle autre signification pourraient-ils avoir chez un sujet

vigoureux surpris par une mort presque subite dans l'état de santé le plus florissant? D'ailleurs l'analogie d'aspect avec des amas semblables remplissant les ouvertures béantes de quelques vaisseaux ne me paraît laisser aucun doute. Comment ces globules sanguins sont-ils sortis des vaisseaux? est-ce par déchirure ou par simple diapédèse? Y a-t-il rupture par le fait de la secousse qu'à subie la moelle, ou distension et éraillement des parois des vaisseaux par accumulation résultant d'une paralysie vaso-motrice? J'admets cette dernière interprétation, d'abord parce que je n'ai constaté nulle part de déchirures, puis à cause des irrégularités de calibre que présentaient un certain nombre de vaisseaux.

Si cette manière de voir est fondée, on doit s'attendre à rencontrer les mêmes lésions de la paralysie vaso-motrice dans d'autres parties que le système nerveux : car, l'ébranlement ayant porté sur les centres vaso-moteurs, ses effets doivent se généraliser plus ou moins. Cette prévision se réalise dans le fait que je viens de rapporter par l'état congestif que j'ai signalé du côté de la cavité abdominale et dans les poumons.

Cette congestion pulmonaire se trouve d'ailleurs indiquée dans un certain nombre des observations nouvelles.

L'état de vacuité absolue des cavités cardiaques que j'ai indiqué n'est pas une des particularités les moins intéressantes de ce fait. Il apporte encore une preuve à l'interprétation que j'adopte. Quelque affaiblie qu'on puisse supposer l'action du cœur, elle reste suffisante pour charrier le sang jusqu'à l'extrémité périphérique de l'arbre circulatoire; mais, la contractilité vasculaire faisant défaut, le liquide ne peut aller plus loin; les vaisseaux de la périphérie se trouvent ainsi constituer un vaste réservoir dans lequel la masse du sang est immobilisée.

Rien dans le péricarde. Le cœur est sain; ses cavités sont complétement vides de sang. La plèvre droite est adhérente dans une grande partie de son étendue. Les poumons sont partout crépitants; le gauche offre à sa partie postérieure un état congestif très-intense.

La surface de l'intestin grêle présente une teinte rosée générale très-prononcée. Le petit bassin contient un demi-verre environ de liquide sanguinolent. Le foie, la rate, les reins n'offrent rien de remarquable. La vessie est vide.

Il n'y a nulle part de fracture. Nous trouvons à l'épaule gauche dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous l'aponévrose un épanchement sanguin de quelques centimètres d'étendue, sans importance.

L'examen histologique de la moelle épinière fut fait sur des coupes transversales pratiquées à la fin de la région cervicale

après durcissement par l'acide chromique et colorées par le carmin.

Les tubes nerveux sont confus sur un grand nombre de points ; ils forment une trame où leurs contours sont mal limités. Mais là où on les voit nettement, ils ont l'aspect normal. Les cellules de la substance grise sont intactes, seulement masquées sur un certain nombre de points par les lésions que nous allons signaler.

On trouve disséminés irrégulièrement dans la substance grise, particulièrement autour du canal central et dans les cornes antérieures, de nombreux îlots, à contours très-irréguliers, de dimensions très-variables, beaucoup plus fortement colorés que le fond de la préparation, tranchant très-nettement sur les parties qui les entourent. Les plus grands ne dépassent guère le double des dimensions des plus grosses cellules nerveuses.

Dans une des préparations, ces îlots sont confluents dans une des cornes antérieures dont ils masquent complétement les cellules et dans la partie avoisinante du cordon latéral. On en trouve aussi dans les cordons antérieure et postérieurs, mais en bien moindre quantité. Les parties périsphériques n'en présentent pas. Ces îlots semblent formés par des amas de petites granulations.

Les vaisseaux sont généralement très-dilatés. Ceux qui sont coupés transversalement représentent des cercles d'une teinte analogue à celle des îlots qu'on trouve au sein de la substance nerveuse. Sur une préparation, au centre d'un des îlots les plus larges, on voit un cercle régulier d'un brun foncé circonscrit immédiatement par un anneau clair.

On peut, il est vrai, dire que ce ne sont là encore que des lésions secondaires, qu'il faudrait trouver dans le tissu nerveux lui-même la preuve matérielle de cette paralysie vaso-motrice. Je ne sais si l'investigation arrivera jamais à ce point de perfection, mais heureusement elle n'est pas nécessaire pour fixer la valeur des faits d'observation. La physiologie, dans la recherche des troubles vaso-moteurs, n'a pas la prétention de déterminer les modifications anatomiques du système nerveux, et elle n'en est pas moins arrivée à établir dans cet ordre de faits des vérités incontestables. Sans attacher trop d'importance à ce point de mon examen, je dois cependant noter ici l'aspect confus des tubes nerveux que j'ai signalé sur les coupes transversales de la moelle épinière. Cette disposition peut tenir à quelques défauts de préparation, mais j'ai cru devoir les mentionner dans un sujet où l'on ne s'est guère occupé jusqu'ici de rechercher les altérations microscopiques.

Ce fait était le seul sur lequel je me proposais d'appeler l'attention de la Société, lorsqu'une nouvelle occasion se présenta, ces jours derniers, d'étudier de nouveau les lésions produites par un violent traumatisme de la tête. Quoique le temps ne m'ait pas en-

core permis de faire un examen microscopique suffisant du système nerveux, les constatations que j'ai faites à l'autopsie me paraissent confirmer entièrement les idées que j'ai émises dans l'exposé de la première observation, et autoriser la réunion de ces deux faits dans un même but.

Le 18 janvier dernier, fut apportée à l'Hôtel-Dieu, à 5 heures 1/2 du soir, une jeune fille de 7 ans, qui venait d'être blessée à la tête, 2 heures auparavant, par la chute d'un énorme crible à charbon pesant, au dire des parents, 950 kilogrammes.

L'interne de garde constata une vaste plaie avec décollement, s'étendant de la région parotidienne droite au milieu du sinciput, et une plaie également très-étendue à la région pariétale gauche. Au fond de cette plaie le pariétal dénudé présentait un enfoncement. La malade perdait du sang par l'oreille gauche. Il y avait en plus fracture simple des deux os de l'avant-bras gauche au quart inférieur. La plaie du côté droit fut réunie par une suture entortillée. La malade était privée de connaissance à son entrée, mais elle la reprit pendant le pansement. Il survint pendant la nuit des vomissements d'aliments et des boissons qu'elle avait prises ; ces vomissements cessèrent vers le matin.

Je la vis le 19, à 9 heures du matin. Elle était pâle, très-abattue, mais elle avait la connaissance entière ; il n'y avait pas de paralysie; les mouvements qu'il fallut lui imprimer pour l'examiner et la panser étaient très-pénibles, et on dut la maintenir complétement. Je constatai les lésions signalées plus haut, je fis le pansement anti-septique et prescrivis de la limonade vineuse, une potion stimulante et un lavement laxatif qui amena deux garde-robes. La malade conserva sa connaissance jusqu'à 11 heures, et s'amusa même avec des jouets d'enfant. A 11 heures elle s'endormit d'un sommeil tranquille jusqu'à 1 heure. A son réveil elle vomit des aliments et les boissons prises dans la matinée ; la respiration s'accéléra tout à coup, il lui devint impossible d'articuler une parole : ses lèvres s'agitaient, mais sans produire de sons intelligibles. Il se manifesta en même temps de l'agitation caractérisée par des mouvements des bras, surtout du côté gauche, siége de la fracture ; mais ces mouvements n'avaient pas le caractère de convulsions. Elle succomba à minuit et elle eut, au moment de l'agonie, quelques véritables mouvements convulsifs dans les membres supérieurs.

Autopsie, le 21, à 9 heures du matin, 33 heures après la mort.

A la région pariétale gauche, vaste plaie avec décollement formant un lambeau de 7 centimètres. Au centre de cette plaie, le pariétal, dénudé sur une surface de 4 centimètres, présente un enfoncement de 7 millimètres environ de profondeur, circonscrit par une fracture décrivant un ovale régulier et ne laissant intacte que

la petite extrémité postérieure de l'ovale. La table externe de l'os n'a subi qu'une inflexion sans fracture au fond de la dépression, mais la table interne est fracturée. Du bord inférieur de l'ovale part une autre fracture qui descend en forme d'S vers la région mastoïdienne et se prolonge sur le rocher dont elle sépare la partie antérieure.

Du côté droit, le fond de la vaste plaie que nous avons signalée pendant la vie est resté recouvert par le péricrâne ; après avoir enlevé cette membrane on trouve sur l'angle antéro-inférieur du pariétal deux fissures parallèles, écartées de 1 centimètre, partant de l'extrémité inférieure de la suture fronto-pariétale et présentant une longueur de 2 centimètres. La suture temporo-pariétale droite est légèrement écartée et laisse suinter un peu de sang.

La voûte du crâne enlevée avec précaution au moyen de la scie, la dure-mère apparaît assez fortement tenduc. Au niveau de l'enfoncement du pariétal, sa surface externe est recouverte par quelques caillots refoulés vers la circonférence de la dépression osseuse. A ce niveau la convexité normale a fait place à un aplatissement. Les ramifications artérielles qui traversent cette région ne présentent pas de trace de rupture.

Le sinus longitudinal supérieur ne contient que quelques légers caillots à sa partie postérieure. Les sinus de la base, surtout les sinus latéraux, renferment une notable quantité de sang en grande partie liquide. Il n'y a pas d'épanchement dans la cavité arachnoïdienne. Les circonvolutions du cerveau sont notablement aplaties; les veines qui rampent dans les anfractuosités sont gorgées de sang. On ne trouve de traces de contusion sur aucun point de la surface du cerveau ; sa consistance est normale. La protubérance, les pédoncules, le bulbe rachidien, le cervelet n'offrent aucune altération. Les ventricules sont complétement vides ; l'aspect antérieur des couches optiques des corps striés des plexus-choroïdes ne diffère en rien de l'état sain.

Les coupes très-multipliées des diverses parties de l'encéphale montrent les canaux vasculaires de la substance blanche sensiblement dilatés. Immédiatement en avant du corps strié droit, on trouve un îlot dans lequel on compte une douzaine de points noirâtres qu'on ne fait pas disparaître en y passant la lame du scalpel. Le plus gros de ces points, du volume d'une tête d'épingle, contient un petit caillot qu'on peut suivre dans l'étendue de 2 centimètres. La consistance du tissu nerveux sur cette région est du reste tout à fait normale.

Les plexus veineux de la partie postérieure du canal rachidien sont gorgés de sang. Le cordon rachidien revêtu de la dure-mère présente aux régions dorsale et lombaire une teinte violacée due

à la présence d'une certaine quantité de sang dans la cavité des méninges, surtout accumulée dans la moitié inférieure. La partie supérieure de la région dorsale et la région cervicale n'en présentent aucune trace; ce sang à l'état liquide s'enlève facilement en promenant la lame du scalpel à la surface de la moelle qui est intacte. Les vaisseaux qui rampent sur la face postérieure sont remplis; la consistance de l'organe est normale; les coupes transversales faites dans ses différentes régions offrent l'apparence de l'état sain. La quantité de sang répandue à la surface de la moelle ne dépassait certainement pas deux cuillerées à café.

Aucun épanchement dans les cavités thoracique et abdominale. Le bord antérieur des poumons est crépitant et présente la teinte habituelle, mais les deux tiers au moins de leur épaisseur offrent les caractères les plus accusés de la splénisation; ils sont d'un rouge veineux, sans traces d'air; leur tissu présente l'élasticité du caoutchouc.

Le péricarde est vide. Le cœur est ferme; le ventricule droit contient un faible caillot gélatineux qui se prolonge dans l'oreillette; le ventricule gauche est absolument vide, l'oreillette de ce côté ne renferme qu'un très-petit caillot du même aspect que celui du cœur droit.

Le foie de forme normale est petit, pèse 600 grammes; sa surface est légèrement mamelonnée dans toute son étendue, et elle présente un aspect marbré; les sillons qui séparent les mamelons ont une teinte violacée qui tranche sur la couleur plus claire des saillies. La consistance de l'organe est très-ferme, la vésicule est remplie de bile d'un brun foncé. A cet aspect mamelonné de la surface du foie correspond sur les coupes une apparence lobulée avec une teinte générale d'un jaune sale. L'envelope fibreuse présente quelques plaques laiteuses, mais il n'y a nulle part d'adhérences aux organes voisins; les voies biliaires sont libres.

Ce fait est certainement frappant par le contraste entre la gravité des lésions des parois de la cavité crânienne, et, sinon l'absence complète, au moins le peu d'importance des altérations macroscopiques de l'axe nerveux cérébro-spinal. Un faible aplatissement d'un point très-circonscrit de la convexité de l'hémisphère gauche du cerveau, un certain degré de dilatation des vaisseaux, un léger épanchement de sang à la surface de la moitié inférieure de la moelle épinière, voilà tout ce que l'examen à l'œil nu nous révèle; nulle part la moindre trace de contusion. Il est vraiment impossible de trouver dans l'état du système nerveux central la cause directe d'une mort aussi rapide : force nous est donc de chercher cette explication dans d'autres organes. Nous excluons d'abord cette al-

tération si remarquable du foie qui méritera de faire l'objet de recherches spéciales et que je suis porté à rattacher provisoirement à la syphilis héréditaire; il s'agit là d'une maladie chronique peu avancée et qui n'a pu avoir aucune part dans les accidents foudroyants que nous étudions. Cette exclusion faite, il ne reste que les lésions pulmonaires, et je n'hésite pas à y voir la cause immédiate de la mort. Quelle que soit l'explication qu'on donne de sa production, l'importance d'une congestion qui amène la splénisation des deux tiers au moins de la substance des deux poumons laisse dans l'ombre tous les détails que nous avons donnés sur l'état des autres organes; cette importance ne peut être niée.

Quant à l'explication de l'enchaînement des phénomènes, à moins d'invoquer une coïncidence au moins singulière, est-il possible de ne pas voir dans la congestion pulmonaire le contre-coup du choc qu'a subi le système nerveux central; en d'autres termes, les effets de perturbations profondes dans les fonctions vaso-motrices? Il y a là quelque chose d'analogue à la relation admise par M. Verneuil entre l'étranglement herniaire et la congestion pulmonaire, avec cette différence qu'on peut supprimer dans des cas comme ceux que je signale l'intermédiaire des actes réflexes.

Ce que j'ai cherché à démontrer par l'exposition de ces deux observations, c'est qu'on ne peut rattacher tous les cas de commotion cérébrale à la contusion du cerveau, que dans un certain nombre on ne constate de lésions vraiment importantes que celles qui traduisent des troubles qu'on doit expliquer par la paralysie des vaso-moteurs, qui sont la cause directe de la mort par leur généralisation, et surtout par l'entrave qu'ils apportent à la circulation pulmonaire, et qu'en conséquence, on doit les considérer comme caractéristiques de la commotion cérébrale.

Cautérisation ignée de la cornée,

par M. Gayet, de Lyon.

M. Gayet, de Lyon, demande à faire part à la Société de chirurgie de quelques observations qu'il a faites sur un moyen spécial de cautérisation de la cornée, la cautérisation ignée. Ce sujet est encore à l'étude et ne saurait fournir matière à des conclusions définitives, mais les premiers résultats obtenus ne laissent pas que d'être intéressants.

On peut reprocher à tous les caustiques chimiques d'avoir une action difficile à limiter: ils se dissolvent en se combinant avec les tissus; et le nitrate d'argent, le plus utile et le plus usité de tous, présente en outre l'inconvénient de tatouer la cornée.

Il m'a semblé, ajoute le chirurgien de Lyon, que l'action vive, rapide et facilement limitable du feu, pourrait être efficacement employée et j'ai songé à appliquer le fer rouge à la membrane transparente de l'œil. Il va sans dire que les instruments mis en œuvre doivent être très-petits, incapables de rayonner, et j'en ai fait construire plusieurs de formes un peu variées.

Ce n'est pas sans m'être convaincu par de nombreux essais sur des animaux, de l'innocuité réelle de la cautérisation ignée, de sa limitation facile, et de ses résultats cicatriciels assez simples, que je me suis résolu à l'employer chez l'homme.

Le premier cas où je l'ai appliquée est celui d'un ulcère atonique, *en coup de burin*, qui depuis 5 mois allait s'approfondissant ainsi qu'en témoignait l'état pulpeux et grisâtre du fond. Une seule cautérisation avec une aiguille de bas rougie à la lampe à alcool a suffi pour amener la cicatrisation après la chute d'une très-légère escharre pulpeuse et au bout de 8 jours.

Le second cas est celui d'une femme atteinte d'un vieil entropion avec altération stumeuse de la cornée, qui sous l'influence d'une recrudescence de son mal avait vu l'inflammation de la membrane transparente augmentée et un abcès superficiel se former. L'ouverture de cet abcès avec une aiguille rougie provoqua une réaction favorable immédiate, et la guérison, autant qu'elle peut être obtenue dans ces cas, fut complétée par l'opération de Weber sur le tendon externe de l'orbiculaire.

Toutes les autres cautérisations se rapportent à des cas d'abcès graves de la cornée, de ces abcès qui menacent ou compromettent à jamais l'intégrité de la membrane.

Ces abcès, pour lesquels le traitement Saemisch est une ressource si incontestable et déjà si sûre, ont le grave inconvénient, lorsqu'ils sont ouverts jusque dans la chambre postérieure, de laisser se produire de larges synéchies iriennes. J'ai voulu voir si la cautérisation ignée pourrait, tout en facilitant la détersion, permettre d'éviter la pénétration dans la chambre antérieure.

Les résultats que j'ai obtenus dans dix cas, sans être absolument concluants, ne laissent pas que d'être encourageants.

Il est évident que la cautérisation ignée facilite la détersion et l'abrége; toujours elle m'a paru enrayer les accidents réactionnels de l'abcès, diminuer la conjonctivite et faire cesser les douleurs péri-orbitaires, les névralgies; et quant aux accidents locaux, elle fait promptement disparaître la teinte jaune paille si inquiétante des abcès, pour une formation pulpeuse grisâtre beaucoup plus rassurante. Elle semble limiter l'abcès, et même, dans une circonstance, il s'est produit un fait dont je n'ai pas encore l'explication, mais très-curieux :

Il s'agissait d'un abcès de la cornée chez une forte fille de 27 ans. Il occupait les deux tiers de la membrane et présentait une partie centrale déjà soulevée et ramollie, la teinte des parties était jaune. Au moment où j'ai appliqué sur le centre de l'abcès un cautère assez fort et très-rouge, j'ai vu, et tous les assistants en ont été frappés comme moi, un liséré de 2 millimètres de large des frontières de l'abcès redevenu tout à coup transparent. Il est évident que l'élément qui, répandu entre les lames, en causait l'opacité a été brusquement chassé par une contraction dont je ne m'explique pas la cause.

Enfin j'ai constaté encore que, dans ces formes d'abcès, il ne fallait pas se contenter d'une seule cautérisation, mais revenir plusieurs fois à l'emploi du même moyen, et qu'ainsi on pourrait les conduire à la guérison.

Tels sont les faits que je voulais faire connaître à la Société de chirurgie; ils sont encore incomplets, je l'avoue, mais ils me semblent au moins démontrer qu'on peut appliquer hardiment à la thérapeutique cornéenne un moyen que sa nature semblerait, au premier abord, en devoir faire exclure.

M. Perrin. Je considère ces tentatives comme très-intéressantes et nous montrant la puissance de réparation de la cornée. Je ne voudrais pas cependant que la méthode indiquée par notre collègue fût préconisée au détriment de celle de Saemisch, qui me paraît encore préférable.

Je donne la préférence à la méthode de Saemisch pour cette raison que, dans le procédé de M. Gayet, il y a comme conséquence ultime une cicatrice qui a une surface au moins égale à celle de l'ulcère; dans le procédé de Saemisch on obtient une cicatrice linéaire, qui par conséquent nuit fort peu à la vision. J'ai appliqué cette dernière méthode aux ulcères serpigineux; frappé des résultats, j'ai traité de la même façon les ulcères qui résistaient aux autres moyens, sans avoir un caractère de gravité spéciale.

J'ajouterai que je n'admets pas que les enclavements de l'iris soient fréquents dans la méthode de Saemisch; sur 30 cas à peu près, je n'en ai pas observé un seul fait.

Je termine en disant que le procédé de M. Gayet est une nouvelle ressource pour la cure des ulcères graves de la cornée.

M. Giraud-Teulon. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication de M. Gayet.

J'éprouvais au premier abord un peu d'incertitude, ne me rendant pas bien compte des cas auxquels cette nouvelle méthode était applicable : ce sont surtout les ulcères atoniques. Je voulais demander à notre collègue combien de fois il a employé sa mé-

thode, car les ulcères pour la cure desquels Saemisch a mis en œuvre son procédé sont rares et la plupart des ulcères de la cornée guérissent par l'emploi du traitement habituel.

M. Perrin. En parlant de 30 cas où j'ai appliqué la méthode de Saemisch, je tiens à dire que j'ai agrandi le champ de son application.

J'ai appliqué ce moyen curatif à tous les ulcères rebelles, le trouvant à la fois le plus efficace et le plus inoffensif.

M. Terrier. Si j'ai bien saisi les indications de la méthode de M. Gayet, je la trouve préconisée dans les cas d'ulcère atonique, d'abcès et de kératite panneuse. Je fais mes réserves pour le pannus, dont la guérison a dû être bien imparfaite.

Quant aux ulcères, je crois que l'opération de Saemisch est préférable . en effet, les ulcères que l'on attaque par l'incision sont des ulcères à hypopion ; une fois le pus évacué, l'ulcère guérit.

Je répéterai que la cicatrice linéaire, après l'opération de Saemisch, doit être large et leucomateuse après l'opération de M. Gayet.

M. Gayet. J'ai eu soin de dire que c'était une méthode à expérimenter, et que ma conviction n'était pas faite d'une manière absolue.

J'ai employé douze fois ma méthode : les cas où je l'ai employée étaient des cas d'abcès de grande dimension ayant résisté à d'autres traitements et même à celui de Saemisch, et cependant dans plusieurs cas j'avais eu soin de déterger la plaie 2 fois par jour. J'ajouterai que je suis un peu surpris d'entendre dire que les abcès de la cornée guérissent par l'incision sans laisser de traces, les abcès que j'ai vu ne guérissent pas si vite. J'ai vu beaucoup de ces abcès dits des moissonneurs, ils laissent des leucômes et des synéchies.

En résumé, bien que mon procédé soit de date récente, j'ai eu assez à m'en louer pour en continuer l'application, dont je soumettrai les résultats à la Société.

M. Trélat. Je ne veux pas entrer dans le fond du débat ni étudier la valeur comparative de la méthode de Saemisch et du procédé de M. Gayet.

Je ferai observer que ces cautères me paraissent bien volumineux. J'ai fait faire pour un cas de trichiasis un galvano-cautère muni d'une petite anse caustique qui serait applicable aux cautérisations de la cornée. Je ne suis pas effrayé de ces cautérisations, qui me paraissent devoir être utiles lorsqu'on veut obtenir une ouverture fistuleuse ou guérir un pannus rebelle.

Corps étranger de la vessie,

par M. Nicaise.

Un homme de 70 ans, habitant la campagne, s'introduisit dans l'urèthre une tige de blé vert, sous prétexte qu'il éprouvait des démangeaisons, mais il lâcha la tige qui disparut dans le canal. Cet homme, très-inquiet, vint à Paris pour se faire enlever son corps étranger. Il entra à l'hôpital Saint-Louis le 27 mai 1876, 8 jours après l'accident.

Léger écoulement muco-purulent par le méat; miction assez fréquente et douloureuse; l'urine est trouble et laisse un dépôt muco-purulent peu abondant. Le malade n'a jamais uriné de sang; en un mot cystite légère avec ténesme. Etant donné la nature du corps étranger, qui est mou, flexible et assez peu résistant, je préférai faire l'extraction avec le lithotriteur à cuiller. L'opération fut pratiquée le 30 et fut d'une exécution facile; à la seconde exploration, je saisis le corps étranger, ce que je reconnus seulement à l'écartement des mors, et j'amenai au dehors une tige de blé vert de 17 centimètres de long, non ramollie ni altérée par l'urine, ayant conservé sa couleur et son aspect extérieur, mais présentant déjà quelques granulations phosphatiques à sa surface. Le surlendemain le malade quitta l'hôpital, guéri.

Opération de hernie ombilicale étranglée,

par M. Nicaise.

L'opération de la hernie ombilicale étranglée est considérée avec raison comme étant très-grave; cependant les cas de guérison deviennent plus nombreux. L'année dernière M. Desprès a communiqué à la Société un fait de guérison après ouverture du sac, M. Perrin en a signalé un également, et j'ai lu une observation de M. A. Guérin dans laquelle la kélotomie sans ouverture du sac fut suivie de succès.

Dans la discussion qui a suivi la communication de M. Desprès, M. Verneuil a insisté, sur la nécessité qu'il y avait à diviser les hernies ombilicales d'après leur volume et il s'est prononcé contre toute opération dans les hernies volumineuses; M. Ledentu, attribuant la gravité de l'opération à la pénétration du pus dans la cavité péritoniale, a insisté sur l'importance qu'il attachait à l'emploi des sutures, comme devant amener une cicatrisation plus rapide.

En apportant dans la kélotomie les précautions dont on s'entoure aujourd'hui quand on procède à l'ouverture de la cavité

abdominale pour l'ablation des tumeurs, on verra le nombre des succès augmenter.

Dans l'observation que j'ai l'honneur de vous communiquer, il s'agissait d'une hernie peu volumineuse, sans péritonite herniaire, mais fortement étranglée. J'ai fait la kélotomie avec ouverture du sac, la malade a guéri.

M..., âgée de 51 ans, marchande des quatre saisons, entre le 26 mai 1876 à l'Hôtel-Dieu, pour une hernie ombilicale étranglée.

Jusqu'à l'âge de 34 ans, elle n'avait eu aucune maladie grave ; à cette époque, à la suite des cris auxquels l'oblige sa profession, apparut une hernie ombilicale. La malade entre à l'hôpital Saint-Antoine, où l'on réduisit la tumeur. 8 mois après, la hernie s'étant reproduite, elle vient à l'Hôtel-Dieu, où on lui donne un bandage.

Depuis cette époque, la malade avait des digestions difficiles et une constipation assez opiniâtre; de temps à autre, elle avait des vomissements alimentaires ou bilieux. Depuis 12 ans elle ne portait pas de bandage et la hernie sortait librement.

Les accidents actuels remontent au mercredi 24 mai ; la hernie sortit vers midi, après le déjeuner, sans qu'aucun effort pût expliquer le fait ; la malade avait eu un peu de diarrhée dans la matinée de ce jour.

Le 26 mai, la malade entre à l'hôpital, et à 10 heures du soir je constate une hernie ombilicale du volume d'un œuf de poule ; la *cicatrice ombilicale est rejetée en haut et à droite* de la hernie. La saillie formée par cette dernière est lisse, régulière ; la peau est rouge, comme œdémateuse, ce qui peut être attribué à l'emploi de la glace et à la réfrigération de la graisse qui conserve alors l'empreinte du doigt. Douleurs spontanées dans la région, douleurs très-vives à la pression; matité à la percussion. La tumeur est assez régulière, pâteuse, et paraît renfermer de l'intestin et de l'épiploon.

La malade n'a pas eu de selles depuis le 24 à midi, a rendu une fois ou deux du gaz par l'anus. Il y a des vomissements verdâtres, fécaloïdes, abondants, mais éloignés les uns des autres; ils étaient plus fréquents au début de l'étranglement. L'haleine est fétide, la langue sèche. Les phénomènes généraux de dépression sont très-accusés ; la peau a perdu son élasticité, les extrémités sont froides; la face est grippée. En un mot, on se trouve en face de phénomènes d'étranglement des plus prononcés.

Aucun taxis n'a été pratiqué, sauf par la malade.

En présence d'une hernie étranglée depuis 58 heures, de phénomènes généraux aussi graves et de douleurs locales très-vives,

je n'ai pas voulu pratiquer le taxis ni faire la kélotomie de J.-L. Petit.

La malade est chloroformée; je fais sur la tumeur une incision oblique de haut en bas et de gauche à droite, et sur celle-ci une seconde qui se dirige en bas et à gauche, de façon à avoir une incision en T. J'arrive sur une masse résistante, jaunâtre, vasculaire, ressemblant à une masse graisseuse. J'incise : c'était le sac herniaire dont les parois de 4 à 5 millimètres d'épaisseur étaient infiltrées de graisse. Incision en T sur le sac; dans l'intérieur je trouve de l'épiploon qui était enroulé et formait une masse qu'on ne pouvait déployer. J'incise l'épiploon qui formait le second sac et je trouve l'intestin.

J'excise alors une grande partie des parois du sac graisseux.

L'anse herniée appartient à l'intestin grêle; elle est longue de 5 à 6 centimètres; elle forme un cordon résistant, pâteux, vide de gaz; sa couleur est d'un violet pâle, grisâtre. La séreuse est lisse, sans dépôts inflammatoires; il n'y a pas de péritonite herniaire, pas de lésions graves de l'intestin. En somme, les lésions sont moindres que les symptômes locaux et généraux ne le faisaient craindre. J'essaie en vain le taxis direct sans débridement.

La plaie était épongée et lavée avec une solution phéniquée au cinquantième. Avec un ténotome étroit et mince, je fais de dedans en dehors de petits débridements multiples à gauche et en bas.

La réduction devint facile; dès qu'elle eut été commencée par les pressions directes, je sentis qu'elle se faisait spontanément sous l'influence des tractions exercées par l'intestin resté dans l'abdomen. La plaie est bien épongée ; l'épiploon légèrement injecté est maintenu au dehors et fixé dans l'angle supérieur de la plaie par un point de suture.

J'applique en outre trois points de suture entrecoupée avec des fils d'argent, de façon à mettre en contact les lèvres de la plaie et les parois du sac.

Une ligature avait été posée sur l'épiploon et la partie extérieure excisée.

Autour de la plaie j'étends une large couche de collodion, de manière à maintenir immobile la région de la plaie.

Pansement phéniqué. Linge fenêtré, légère couche de charpie imbibée de solution au cinquantième, taffetas gommé. Le ventre est recouvert d'une épaisse couche de ouate que maintient un bandage de corps.

Pas d'opium ni de laxatif. Tisane et potion de Todd légère. Linges chauds.

27 *mai.* — Pouls, 108, température, 37°,5; rétention d'urine, cathétérisme.

28. — Diarrhée; pas de douleurs dans le ventre.

29. — État général bon.

L'épiploon se détache peu à peu.

1 juin. Les fils métalliques sont enlevés.

Le pansement à l'eau phéniquée est remplacé à la fin par l'eau de sureau.

Il s'est formé un petit abcès de la paroi abdominale en bas et à droite, à 10 centimètres de la plaie; il a guéri rapidement après avoir été ouvert.

La malade sortit au bout de quelques jours, la plaie était complétement cicatrisée.

Remarques. — Il y a à remarquer dans cette observation la disproportion qui existe entre l'intensité des phénomènes généraux et le peu de gravité des lésions locales.

La hernie était sortie à gauche et au-dessous de la cicatrice ombilicale, ce qui est la règle dans les hernies ombilicales. Après le débridement, l'intestin était attiré spontanément dans la cavité abdominale.

L'opération s'est terminée par la guérison, ce que l'on peut attribuer à l'absence de péritonite herniaire et au peu d'intensité des lésions locales. La plaie avait été réunie par des points de suture métallique qui réunirent non-seulement les lèvres de la plaie, mais la paroi du sac. J'ai employé pendant l'opération et après une solution phéniquée, et j'ai fait sur la région ombilicale une large application de collodion pour immobiliser la plaie.

Présentation d'instruments,

par M. de Saint-Germain.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société un appareil qui a été construit sur mes indications par M. Monlon, et qui a pour objet de permettre aux enfants atteints de coxalgie de marcher et de porter les membres malades dans la flexion, l'abduction, la rotation en dehors, quand ils sont arrivés à cette période de la maladie où le séjour dans la gouttière de Bonnet ou dans les appareils inamovibles n'est plus nécessaire.

Il se compose d'une ceinture pelvienne sur laquelle s'adaptent au niveau du grand trochanter trois roues à engrenage.

La première a pour objet de porter le membre inférieur de l'adduction dans l'abduction.

La seconde est destinée à obtenir la rotation en dehors et à corriger la position en sens contraire, à savoir la rotation en dedans.

La troisième fait obtenir l'extension graduelle de la cuisse sur le bassin.

Enfin un verrou permet de mobiliser ou d'immobiliser l'articulation coxo-fémorale, en même temps qu'une crémaillère donne la facilité d'allonger le membre à volonté.

Présentation de pièces.

Enchondrome de la glande sous-maxillaire, par M. Th. Anger.

La pièce que je présente est intéressante par son siége. Elle appartient à une jeune fille qui a vu survenir il y a 6 ans un gonflement dans la région sus-hyoïdienne. M'appuyant sur la consistance de la tumeur, l'absence de douleurs, sa marche lente, j'admis un enchondrome de la glande sous-maxillaire. L'examen après l'ablation me donna raison.

Ces tumeurs sont rares; Virchow a consigné un fait, Stoltz en a publié un autre; le 3e est dû à M. Pozzi, qui l'a donné comme un enchondrome des ganglions du cou, mais l'examen microscopique a montré à M. Malassez des culs-de-sac glandulaires.

La section montre une consistance et une coloration cartilagineuses; au centre sont trois noyaux rouges, de consistance osseuse, constitués par des ostéoplastes; le cartilage est formé de cellules et, de distance en distance, de capsules contenant de 5 à 6 et 8 cellules; à la périphérie on trouve des débris de culs-de-sac glandulaires.

M. Ledentu s'informe du degré d'adhérence de la tumeur aux tissus de la région.

M. Anger répond que, une fois une lamelle celluleuse directement en contact avec la tumeur incisée, il put faire très-facilement l'énucléation.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel,

Cruveilhier

Séance du 31 janvier 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger;

2° Une lettre de M. Lucas-Championnière qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. Forget, demandant une prolongation de congé ;

4° Une lettre de M. Larger, médecin aide-major, à Troyes, adressant des remerciements à la Société pour l'encouragement qui lui a été décerné ;

5° Des lettres de remerciement de MM. Michaux, de Louvain et Longuière, récemment nommés membres associés étrangers ;

6° Une lettre de remerciement de M. Saxtorph, de Copenhague, nommé membre correspondant étranger.

7° M. Verneuil offre un volume intitulé : *Leçons de clinique chirurgicale*, par sir James Paget, traduit par le Dr H. Petit.

Rapports.

Rapport sur une réclamation de M. le Dr Péan touchant la forcipressure,

Au nom d'une commission composée de

MM. Le Fort, Perrin, Desprès, rapporteur.

Vous avez chargé une commission composée de MM. Le Fort, Perrin et votre rapporteur, d'étudier et de résoudre s'il se pouvait, dans l'intérêt de la science et de la Société de chirurgie, plusieurs questions soulevées par l'envoi d'une lettre de M. Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, en réponse à une communication de M. Kœberlé, membre correspondant de la Société.

La question de priorité qui paraît être le fond du débat a été jugée dans le mémoire de M. Verneuil lu ici il y a déjà plus d'un an. Tous les chirurgiens, connus et inconnus, ont une part d'invention dans l'usage des pinces comme moyen d'hémostase préventive, temporaire ou définitive. La nécessité en a été le premier inventeur, et c'est elle qui a présidé aux perfectionnements de

moyens dont la valeur est, pour plus d'un chirurgien, beaucoup moindre que ne le ferait supposer l'ardeur des revendications dont la forcipressure est l'objet.

Du moment où la Société a jugé que son Bulletin n'était pas un journal assujetti aux lois qui régissent la presse, et en particulier au droit de réponse, M. Le Fort et votre rapporteur, c'est-à-dire la majorité de la commission, ont décidé qu'elle n'avait plus à faire valoir cet argument. M. Perrin, au contraire, pensait que la Société de chirurgie devait reconnaître aux médecins étrangers, pris à part dans la communication d'un membre de la Société, la faculté de répondre.

Sur la question de fond, nous sommes encouragés à proposer le dépôt de la lettre de M. Péan à nos archives, par les termes même de la lettre. « Ce que je demande, dit l'auteur, ce n'est pas de décider à qui peut appartenir la forcipressure de nécessité, qui a été pratiquée à diverses époques; c'est de reconnaître que j'ai fait tout ce qui était nécessaire pour ériger ce procédé accidentel en méthode. » Cette mise en demeure, la commission ne l'accepte pas. Car ce n'est pas avec les documents très-brefs et exclusivement favorables qui leur sont soumis, et qui n'ont aucun des caractères d'une statistique intégrale, que des chirurgiens scrupuleux pouvaient formuler une opinion.

La commission peut ici exprimer le regret que la communication de M. Kœberlé ait été agressive; mais elle pense que la Société, n'ayant ni sollicité ni encouragé des revendications dont elle se garde de donner l'exemple, a le droit, dans le cas particulier, aucun intérêt scientifique ne demeurant en péril, de ne point laisser engager une nouvelle polémique entre les membres de la Société de chirurgie et les chirurgiens distingués, d'ailleurs, qui ne lui appartiennent pas et qui suivent une autre voie.

En conséquence la commission vous propose de déposer la lettre de M. Péan dans vos archives.

Les conclusions de la commission sont adoptées.

Communications.

Tumeur carcinomateuse du sein,

par M. Le Fort.

J'ai voulu vous présenter cette malade, désirant avoir votre avis sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale active : car, en présence des désordres occasionnés par les manœuvres antérieures à son entrée à l'hôpital, je doute qu'il soit encore possible de pratiquer chez cette femme une opération avec quelque

espoir de succès. Voici rapidement la lamentable histoire de cette malade, victime de cet excès de crédulité qu'on retrouve dans toutes les classes de la société quand il s'agit de médecine, mais victime aussi des déplorables effets de cette loi du 19 ventôse an XI dont le corps médical, gardien de la santé publique, poursuit depuis longtemps l'abrogation.

Au printemps de 1876, cette femme, appelée Olympe Rontin, âgée de 34 ans, habitant Rouvroy (département des Ardennes), s'aperçut de l'existence au-dessus du sein droit d'une petite tumeur qui ne tarda pas à augmenter de volume ; au commencement d'août, elle alla à Charleville consulter un médecin ; puis elle se confia à un de ces guérisseurs ambulants trop nombreux, surtout sur notre frontière du nord, et qui semblent avoir les faveurs de notre gouvernement : car nous avons vu, il y a peu de temps, le ministère, malgré l'avis contraire de tous les professeurs de l'école de Lille consultés à cet égard, autoriser le docteur belge Bribosia, visitant à des jours déterminés les principales villes des départements du Nord et des Ardennes, à pratiquer la médecine en France, et même le décorer de la Légion d'honneur, comme pour mieux marquer la valeur qu'il attache à l'avis unanime des membres d'un corps enseignant. Ma malade consulta donc le Dr F... et voici la singulière prescription qui lui fut faite le 28 août 1876 :

« 1° Bain de siége à l'eau salée tous les soirs.

2° Cataplasmes arrosés d'une cuillerée de saponine Duboc.

3° A tous les repas, une cuillerée de vitaline Duboc.

4° Dépuratif Duboc n° 2, une cuillerée le matin dans une tasse de jus de cresson.

5° Electuaire Duboc n° 2, une cuillerée tous les soirs.

6° A chaque verre de boisson, ajouter une pincée de bicarbonate de soude.

7° Tisane : orge, son, miel, fucus vesiculosus.

Enduire pendant le jour la partie malade avec pommade camphrée, pommade de Goulard et pommade de concombre ; de chaque, 50 grammes.

Enveloper (*sic*) de ouate. »

Inutile d'ajouter que nous chercherions inutilement au Codex la saponine, la vitaline, le dépuratif et l'électuaire Duboc : c'est en effet sous cette forme de remèdes secrets non autorisés que procèdent ces industriels ; cette pratique qui augmente leurs bénéfices tombe sous le coup de la loi, mais nous savons depuis longtemps que la loi est lettre morte à cet égard, comme à l'égard de bien autres choses en médecine.

Ce traitement fut suivi pendant un mois ; c'est alors qu'un enfant du village apporta de l'école une « gazette » dans laquelle il était

question du cancer et de sa guérison sans opération par le D^{r} comte de Bruc, de Paris. Elle fit venir la brochure explicative (je vous parlerai tout à l'heure du journal et de la brochure), et, convaincue par les nombreuses annonces de guérison que contenait ce prospectus, elle arriva à Paris le 21 octobre 1876.

Le 24, le D^{r} comte de Bruc commença le traitement; il appliqua différentes poudres qui brûlaient (dit la malade) et ordonna force drogues ou bouteilles. La prescription du D^{r} comte de Bruc mérite les honneurs d'une citation textuelle.

En tête se trouve imprimé ce titre magnifique, qui se trouve du reste reproduit sur une plaque de marbre noir à l'entrée de la maison du docteur : *Institut médical de Paris;* aussi est-il étonnant que le propriétaire ne prenne pas le titre de membre de l'Institut médical. Mais voici la prescription que je vous soumets; elle porte le n° 5873, et elle est datée du 24 octobre 1876 :

« Un granule matin et soir.

Une fois par semaine, le soir, prendre trois pilules purgatives et le lendemain matin prendre un paquet de citrate de magnésie dissous dans un verre d'eau chaude. Ce jour-là, ne prendre aucun médicament.

Trois gouttes dépuratives n° 1 avant de dîner (dans peu d'eau), trois gouttes n° 2 avant de souper.

Eau argentifère, à 10 heures du matin, une cuillerée à café.

Eau aurifère, une cuillerée à café à 4 heures de l'après-midi.

Demi-heure après le granule d'arséniate d'or, prendre une cuillerée à bouche de *liqueur d'or*, le matin.

Le soir aussi, demi-heure après le granule, prendre une cuillerée à bouche d'élixir. »

Comme vous le voyez, nous retrouvons encore ici la même violation de la loi, la même pratique qui consiste à ne rendre les formules exécutables que chez un pharmacien spécifié, associé à l'exploitation; mais un si noble docteur ne pouvait se contenter des vitaline et dépuratif Duboc ou autres : l'or et l'argent se mêlent luxueusement dans l'ordonnance; mais ce n'est pas la malade qui s'assimile ces précieux métaux, les médicaments lui coûtent 125 francs, et les visites, qui se renouvellent le plus souvent possible et jusqu'à cinq fois dans une semaine, lui coûtent chaque fois 20 francs.

Malgré ce luxueux traitement, la malade vit survenir, au lieu de la guérison promise, un effroyable accroissement de son mal; enfin, n'ayant plus d'espoir, voyant ses ressources pécuniaires disparaître et se voyant abandonnée par son médecin qui lui conseilla de retourner dans son village, elle se présenta à l'hôpital Beaujon. A ce moment, l'aspect du sein était vraiment effroyable; il

s'élevait de la plaie d'énormes masses à demi putréfiées, sanieuses, et l'inflammation déterminée par l'usage inconsidéré des caustiques avait donné au sein un volume considérable (cette photographie peut du reste vous donner une idée des choses à cette époque). Je cherchai, par des applications topiques, à calmer l'inflammation, à réduire le volume de la tumeur; malheureusement le mal occasionné par le traitement du médecin de l'Institut de Paris subsiste dans ses effets, et je viens vous demander si vous croyez qu'une opération puisse encore être tentée.

Mais là ne saurait s'arrêter ce que j'ai à vous dire; la Société de chirurgie qui, par ses titulaires et ses correspondants, comprend l'élite des chirurgiens français, a été déclarée d'utilité publique; elle a pour devise : *vérité dans la science, moralité dans l'art.* Je crois de mon devoir de lui signaler hautement des faits absolument regrettables, parce que l'intérêt public veut que nous nous efforcions de sauver d'autres victimes, qui pourraient être attirées par des manœuvres contraires à la vérité scientifique et à la moralité professionnelle; parce que, au moment où nos députés discutent la loi sur l'exercice de la médecine en France par les médecins étrangers, il est utile, il est urgent de montrer par des exemples quels peuvent être les effets de la loi de ventôse an XI, de cette loi qui permet à un ministre de donner à un étranger, et cela de sa propre autorité, l'investiture médicale, de lui confier le droit légal de vie et de mort sur nos concitoyens; car, dans les faits dont je viens de vous entretenir, il ne s'agit pas d'un médecin français, mais d'un *docteur de la Faculté de Londres*, d'un *docteur de la Faculté de Gênes*, autorisé par décret de l'empereur Napoléon III à pratiquer la médecine en France.

Il y a un an, Messieurs, au mois de février 1876, se présentait à ma consultation, à l'hôpital Beaujon, un malheureux paysan de l'Allier atteint d'un cancer des plus étendus de la lèvre et de la mâchoire inférieures, de la région voisine de la face et du cou, cancer à cette époque au-dessus de toutes les ressources de l'art, et qui avait été évidemment exaspéré par des cautérisations récentes que rien ne pouvait justifier à cette période de la maladie. Ce malheureux, qui est allé mourir dans son village, était depuis plusieurs mois entre les mains d'un guérisseur, et il me remit la brochure-prospectus qui l'avait déterminé à faire le voyage de Paris pour y trouver une guérison qu'on lui promettait comme assurée et qui, à cette époque, était encore possible. Cette brochure, que je vous présente, était intitulée : GUÉRISON DU CANCER *sans opération* chirurgicale, découverte d'un traitement spécifique par le Dr comte *de Bruc*, officier de l'ordre royal des SS. Maurice et Lazare, chevalier de l'ordre royal de la Couronne d'Italie, grand

officier de l'ordre équestre de San-Marino, grand'croix de l'ordre américain de San-Juan, commandeur de l'ordre Niskian-Iftikar, etc., etc., lauréat des Facultés de Gênes et de Modène, lauréat de la Faculté de Londres, ex-président de l'Union générale des médecins italiens, pour la fondation de l'Académie royale de médecine en Italie; membre honoraire des académies de médecine de Palerme, de Rome et de Messine; de l'association médicale italienne et de l'académie Bandiera de Palerme, etc.; auteur du *Formulaire médical des familles*, d'*Études nouvelles sur le mode d'action des eaux minérales*, du *Formulaire médical italien*, du *Formulaire médical américain*, du *Traité de l'électro-galvanisme appliqué à la médecine*, du *Traité pratique des maladies des organes génitaux de l'homme et de la femme*, du *Traité de la guérison certaine des ulcères variqueux des jambes*, d'*Etudes nouvelles sur la vision*, d'une brochure sur la *Guérison de la cataracte par la méthode galvano-chimique et sa dissolution spontanée sans opération*, d'*Etudes sur la guérison de l'épilepsie*, de *Considérations sur la phthisie pulmonaire, scrofuleuse et sa guérison*, etc.; le tout en vente chez A. Delahaye, libraire à Paris.

J'eus la curiosité d'ouvrir cette brochure ; j'y vis que « MM. Cooper et Velpeau ont élucidé le diagnostic différentiel entre les tumeurs du sein non cancéreuses et celles cancéreuses » ; que « les travaux de Müller, de Schleiden et de Schwaan, qui purent *s'aider du microscope perfectionné*, ont constaté la structure intime des tumeurs » ; que « Müller distingue à juste titre le *crysto-sarcome* (*sic*) ou hypertrophie de la glande mammaire du cancer », et ce crysto-sarcome de l'édition de 1874, je le retrouve dans l'édition de 1876. J'y vis encore que « depuis Hippocrate jusqu'au jour de sa découverte (à lui, comte de Bruc), on n'avait reconnu à aucun médicament la propriété anticancéreuse. »

Vous comprenez qu'après la lecture de ces pages, j'étais fixé quant à l'étendue des connaissances de notre auteur ; mais j'avais lieu d'être étonné de ces titres de lauréat des trois facultés de Gênes, de Modène, de Londres ; mon étonnement augmenta encore lorsque peu après le hasard fit tomber entre mes mains le journal intitulé : *Gazette médicale des familles*. Il me fut remis par une malade qui tenait cette feuille de son curé et qui, après avoir fait deux fois sans succès le voyage de Lourdes, se proposait de venir à Paris consulter le Dr comte de Bruc sur la cécité de son fils. Cette gazette a pour sous-titre : *Journal des malades atteints d'affections chroniques rebelles ou même déclarées incurables.* Le sommaire des articles contenus dans le numéro est assez curieux; le voici : Guérison du cancer sans opération, par le Dr comte de Bruc. — Lettre de M. A. Delahaye, éditeur de son ouvrage. — No-

mination du Dr comte de Bruc comme ministre chargé d'affaires de la République de San-Marino (à Paris).— Appréciation du départ du Dr de Bruc pour Paris. — Lettre du Dr comte de Bruc. — Copie de sa demande au ministre de l'instruction publique. -- Note sur la découverte du Dr de Bruc pour la guérison du cancer sans opération, par le Dr Avias, etc. — Observations de guérisons : cancers, cancroïdes, lupus voraces, lipomes, loupes, tumeurs fibreuses, ulcères de mauvaise nature, épilepsies, paralysies, amauroses, surdités, cataracte sans opération, phthisie, consomption, perte de l'intelligence, cécités, maladies du foie et de l'estomac, etc., (par le Dr de Bruc), ouvrages récemment publiés par le Dr comte de Bruc.

Pour le dire de suite, j'eus la curiosité de parcourir la collection de ce journal, signé par le rédacteur en chef Dr Dubourg, journal à sa dixième année, portant le n° 241, et dont la date est du 1er janvier 1876. Je me rendis chez M. Delahaye, où l'on devait s'adresser pour les abonnements, et là on me répondit que ce journal n'avait jamais eu à leur connaissance qu'un seul numéro, tiré, il est vrai, à plusieurs milliers d'exemplaires. Les choses continuaient à se caractériser. Mais quel fut mon étonnement de voir à la première page ces mots : « Le Dr de Bruc a été reçu docteur-médecin à Londres, à Gênes, à Modène et à Paris. » Plus loin je trouvai une lettre, reproduite dans l'édition de 1876, lettre adressée à M. Jules Simon, ministre de l'instruction publique, demandant « la nomination d'une commission de *docteurs-médecins* appelés à juger de l'efficacité de son traitement », et cette lettre commence ainsi : « Le soussigné, comte Charles de Bruc, docteur-médecin », etc.

En cela ils se trompaient, car j'en trouvai un autre numéro portant la date du 25 novembre 1875. Celui-là a pour sous-titre : *Voyage d'adieu du comte C. de Bruc, reçu docteur-médecin en France* et dans trois autres puissances, ex-président, etc., etc.; le reste des titres comme à la brochure, sauf ceux de correspondant de l'académie royale de médecine Peloritana et de l'institut historique de Londres, qui figurent en plus. Le journal commence par un article intitulé : *Arrivée du Dr comte de Bruc à la Rochelle pour cinq jours seulement*. Il annonce qu'il descendra au Grand-Hôtel de France, et qu'en quittant la Rochelle il se rendra directement à Paris, à son hôtel, rue Pergolèse, n° 39. — Le reste n'est qu'un prospectus annonçant la guérison sans récidive du cancer ; plus des certificats de guérison de loupes, lupus voraces, etc., etc.

Enfin, un autre journal du même genre me fut remis par un confrère. Il est intitulé : *l'Avenir médical,* porte le n° 5 et la date

du 15 novembre 1876. Bien que semblable aux précédents et uniquement consacré au D[r] comte de Bruc, il n'intéresse plus seulement les malades. En effet, nous trouvons en tête cet avis : A NOS LECTEURS. « *Nous appelons tout particulièrement l'attention de nos lecteurs désireux de faire fortune promptement, sans risques, avec un petit capital, sur l'opération commerciale dont ils trouveront l'annonce à notre quatrième page. Nous ne l'avons admise dans nos colonnes qu'après nous être assuré que les bénéfices qu'elle promet sont parfaitement réalisables.* »

L'annonce intitulée : *Affaire commerciale hors ligne, immense fortune à réaliser avec un petit capital,* dit bien que plus de quatre cent mille francs étant souscrits, il ne reste plus à placer qu'un petit nombre d'actions, et que la constitution de la société aura lieu à court délai; mais elle ne dit pas naturellement quelle est la nature de l'opération, et si elle procurera aux souscripteurs une guérison radicale et sans récidive possible.

L'auteur de toutes ces brochures et de toutes ces guérisons s'intitule docteur-médecin, reçu en France et dans trois autres puissances. Etait-il donc un collègue, un docteur d'une de nos facultés ? J'avais peine à le croire et je voulus m'en assurer. Heureusement ce chagrin me fut épargné. Si ce guérisseur de cancers se donne ou se laisse donner, par l'intervention adroite du nom du D[r] Dubourg (le personnage existe-t-il? je l'ignore), le titre de docteur de la faculté de Paris, il évite ainsi l'accusation directe d'usurper ce titre à l'honneur duquel nous devons tous tenir. Il n'est pas docteur d'une faculté française. Du reste, Messieurs, il est bon que vous le sachiez, un arrêt de la Cour de cassation, rendu le 11 juin 1840 sur appel du tribunal correctionnel de Troyes, déclare que la loi punit seulement l'exercice illégal de la médecine, et que l'officier de santé ou le médecin étranger exerçant en vertu d'une autorisation ministérielle ne commettent aucun délit en usurpant le titre de docteur, et font seulement « acte de vanité répréhensible », qui ne tombe pas sous les coups de la loi.

Puisque de Bruc n'était pas docteur de Paris, je voulus savoir à quel titre il y pratiquait la médecine; je fis des recherches, et j'appris que, par un décret du 1[er] juin 1869, l'empereur Napoléon III avait autorisé M. de Bruc, comte de Busignano, à pratiquer la médecine en *France*. Il était ainsi, par la possibilité d'exercer sur toute l'étendue du territoire, assimilé aux docteurs.

C'est en vertu de ce décret que le comte, aujourd'hui duc de Bruc, cumule à Paris les fonctions de médecin qu'il exerce rue Duret, à l'Institut médical de Paris, et, à quelque pas de là, dans son hôtel, rue Pergolèse, celles de ministre chargé d'affaires de la république de San-Marino. C'est, comme vous le voyez, à un membre

du corps diplomatique que ma malade avait eu le très-grand honneur de s'adresser.

Mais, comment expliquer l'insigne faveur faite à ce médecin en 1869 ? Quels titres avait-il donc placés sous les yeux du ministre ? Ces titres avaient-ils par hasard l'authenticité de celui de docteur de Paris ? L'enquête qu'aurait dû faire le ministre, j'ai voulu la faire ; je l'ai faite : elle a duré il est vrai une année, mais elle m'a éclairé sur les bienfaits que nous devons à cette loi du 19 ventôse an XI, qui permet au ministre d'octroyer à ses protégés ou à ses amis des droits que nous Français nous n'obtenons qu'après de longues années d'études et de travail.

Tout d'abord il m'est répondu de Rome, le 1er mars 1876, « que, malgré les plus diligentes recherches, non-seulement il n'a pas été possible de constater la part que le Dr de Bruc aurait prise à l'union des médecins italiens pour la fondation d'une Académie Royale de médecine, mais qu'il n'a pas été trouvé de traces de l'existence et de l'institution d'un corps scientifique de cette nature. »

Quant aux titres de lauréat des facultés de Gênes et de Modène, voilà ce qu'ils valent ; je traduis les réponses qui m'ont été faites : « François-Charles-Hermann de Bruc, fils de feu Charles, originaire de Colmar (France), sans se qualifier alors du titre de comte, adressa au rectorat de l'Université de Modène, le 15 janvier 1862, une demande pour être autorisé à passer ses derniers examens appelés « *di laurea medica* » et « *di pratica* », examens donnant droit au titre de docteur lorsqu'on y a satisfait ; cette demande s'appuyant sur la possession antérieure du diplôme de *docteur en médecine de l'Université de Londres.* » Si cette demande était faite, c'est que le gouvernement italien avait refusé au postulant le droit de pratiquer la médecine en Italie avant d'y avoir passé les examens exigés des nationaux ; et c'est précisément ce que demande la loi aujourd'hui en discussion devant notre parlement. Elle suscite des colères de l'autre côté du détroit ; vous voyez cependant la valeur du diplôme de docteur de Londres ; vous voyez aussi que les Italiens pratiquent depuis longtemps la loi dont nous réclamons l'adoption.

Cet examen qu'on appelle *di laurea medica* ne porte que sur la théorie, il donne à tous ceux qui l'ont subi le titre de *laureato*, ce que de Bruc traduit librement par le mot français lauréat, qui a une tout autre acception. Quoi qu'il en soit, de Bruc obtint 10 votes favorables sur un total de 17 et fut reçu. Le même jour, 25 janvier 1862, il se présenta à l'examen de pratique, mais avec moins de succès : car sur 17 votes, il n'en obtint que 6 ; 11 lui furent défavorables et il fut refusé. Espérant être plus heureux ailleurs, il sollicita une nou-

velle faveur, et un arrêté ministériel du 20 juillet 1862 l'autorisa à se présenter devant la Faculté de Gênes. Il paraît que, pendant cet intervalle, le docteur de Londres, refusé à Modène, fit de grands progrès dans la clinique, ou que les juges furent moins difficiles : car, le 12 août 1862, il fut reçu devant cette Faculté par 43 points sur 50. Le jour même, le secrétaire lui délivrait le diplôme de docteur, qui lui conférait le droit de pratiquer la médecine en Italie.

Malgré les faveurs qu'il reçut dans ce pays, malgré le décret royal rendu *proprio motu*, le 4 novembre 1866, qui lui conférait la croix d'officier des SS. Maurice et Lazare, et celui du 4 juin 1869 par lequel, en dehors de toute proposition ministérielle, le roi lui conférait, toujours *proprio motu*, la croix de chevalier de la Couronne d'Italie, la France attirait le docteur de Londres et de Gênes, et, le 1er juin 1869, l'empereur accordait à ce savant illustre l'honneur de l'assimiler aux docteurs français, et cela par un simple décret, rendu possible par la loi de ventôse.

Après avoir pratiqué la médecine à Clermont-Ferrand, puis à son château de Sainte-Foy, près de Lyon, et à Lyon même, il vint enfin à Paris, en qualité de ministre de la république de Saint-Marin, exercer en même temps sur un plus vaste théâtre ses fonctions de diplomate et ses talents de guérisseur de cancers.

Vous n'avez pas oublié l'histoire de cet autre guérisseur de cancers, de ce Dr Landolfi, dont le rapport de M. Broca fit jadis si bonne justice, et qui se couvrait aussi de la faveur impériale. Ici les faits sont plus graves encore, et voilà huit ans qu'ils se perpétuent ; j'ai voulu vous les signaler, dans l'espoir que leur divulgation éclairerait quelques malheureux malades sur les dangers d'un soi-disant traitement dont j'ai pu voir deux fois en une année les déplorables résultats ; j'ai voulu montrer le péril qu'il y a dans ce droit laissé à un ministre de donner, sans cette garantie d'examens passés devant des juges sérieux, l'autorisation de pratiquer la médecine; à livrer ainsi sans protection efficace la vie de nos concitoyens aux mains d'étrangers n'offrant pour toute garantie qu'un diplôme sans valeur ; j'ai voulu montrer combien était vicieuse une organisation qui nous laisse impuissants devant une pareille violation de tous les principes qui, en sauvegardant la vie des malades, font l'honneur de la profession médicale. Puisque nous ne pouvons espérer de voir la médecine française posséder, elle aussi, son conseil de l'ordre, puisque nous ne pouvons espérer de pouvoir atteindre disciplinairement ceux qui violent les lois les plus sacrées de la science, de la profession, de la morale, espérons du moins que les mandataires de la nation, en adoptant la loi qui leur est proposée, empêcheront à l'avenir la repro-

duction des tristes abus qu'engendrent toujours l'exercice d'un droit sans la compétence qu'il suppose, les défaillances et les erreurs d'un pouvoir sans contrôle.

Après cette communication, la Société de chirurgie a voté, *à l'unanimité,* l'ordre du jour suivant :

La Société de chirurgie, espérant qu'une loi nouvelle mettra fin aux abus que rend possibles la loi du 19 ventôse an XI, *abus dont les faits communiqués par M. Léon Le Fort donnent un nouvel et si triste exemple, vote le tirage à part de son travail et son envoi aux ministres compétents et à la réunion des médecins législateurs.*

Ulcération de la face et du cou,

Par M. LALLIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

La malade que j'ai l'honneur de présenter à l'examen des membres de la Société de chirurgie est une femme L..., âgée actuellement d'environ 48 ans, domestique, et qui est soumise à mon observation depuis dix ans.

Voici, sur ses antécédents de santé, les renseignements que j'ai pu recueillir :

Quelques manifestations scrofuleuses dans l'enfance.

Variole confluente dont elle porte les traces.

Pas de traces appréciables d'une infection syphilitique antérieure.

A l'âge de 32 ans, huit ans avant qu'elle fût soumise à mon observation, il lui est survenu sur le nez, vers sa racine, une ulcération de la grandeur d'une pièce de vingt centimes, qui finit par se cicatriser après des alternatives d'ulcération et de guérison.

Vers la même époque elle aurait eu au-dessous de la paupière droite une ulcération assez étendue et rebelle pour laquelle le Dr Decès, de Reims, aurait pratiqué une autoplastie dont on retrouve encore actuellement la trace. Ceci se passait en 1860.

Six mois avant son entrée, à l'hôpital en 1866, il lui était revenu une nouvelle ulcération à la place de l'ancienne, à la racine du nez.

En même temps apparaissait à la nuque une tumeur, point de départ de la lésion qu'on y observe actuellement.

A cette époque les lésions furent considérées comme syphilitiques par M. le Dr Feréol et traitées en conséquence. Le résultat du traitement fut nul.

L'interrogatoire et l'examen le plus attentifs faits à cette époque ne donnèrent que des renseignements négatifs relativement à la syphilis. M. Bazin, à qui elle fut montrée, diagnostique une lésion syphilitique. L'iodure de potassium à l'intérieur, la teinture d'iode à l'extérieur ne produisirent aucun résultat favorable.

L'ulcération du nez se cicatrisa en partie seulement sous l'influence d'attouchement avec une solution au 10ᵉ d'iodure de potassium et de deutoiodure d'hydrargyre.

Il survint une induration de la joue au niveau du masséter qui pouvait donner l'idée d'une gomme et fit reprendre l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour. Un jour la tumeur se vida dans la bouche et à la peau, c'était un abcès.

Pendant ce second séjour la malade fut soumise à l'examen de plusieurs de mes collègues de l'hôpital Saint-Louis, et voici les diagnostiques portés : Cancer à la nuque. — Cancroïde à la face, pour M. Bazin.

M. Tillaux affirma la nature syphilitique des lésions.

M. Hardy diagnostiqua une dégénérescence cancroïdale ; ce fut aussi mon opinion. J'avais un instant songé à un mycosis fongoïde, à cause des alternatives d'aggravation et d'amélioration.

On avait aussi constaté à cette époque au cou, à droite, au sommet du triangle sus-claviculaire, l'existence de petites tumeurs intradermiques lenticulaires, un peu inégales à leur surface, ayant de la tendance à s'exulcérer et à se couvrir de croûtelles ; quelques-unes de ces tumeurs formaient un groupe, d'autres étaient isolées, l'une de ces dernières fut excisée complétement et soumise à l'examen.

A la fin de son 1ᵉʳ séjour à l'hôpital, juillet 1867, on constatait qu'une ulcération qui s'était développée au centre de la tumeur de la nuque était cicatrisée, mais que cette tumeur était le siége d'une induration saillante, fibreuse, très-résistante.

En même temps on notait à l'angle externe de l'œil gauche une petite saillie du volume d'une lentille, à dépression centrale, à contours durs et élastiques.

En 1872, il y a environ quatre ans, la malade rentra dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, pour son ulcération de la racine du nez qui avait creusé et semblait atteindre les os.

La tumeur de la nuque, de nouveau ulcérée, avait grandi en saillie et en dureté, la peau était toujours mobile ; on aurait dit un macaron incrusté dans la peau.

A un examen histologique d'un lambeau pris sur le bord de l'ulcération, on trouve les cellules épithéliales soudées et des globes épidermiques.

M. Malassez fit l'examen ; voici un résumé de la note qu'il me transmit :

Les petites tumeurs examinées sont bien des épithéliomas développés aux dépens des glandes sébacées.

Quand, examinant les coupes, on passe de la peau saine aux plus petites tumeurs et de celles-ci aux plus grosses, on peut se bien rendre compte de leur développement : 1° Les glandes sébacées voisines des tumeurs sont plus volumineuses, mais leur structure ainsi que celle du tissu conjonctif ambiant ne paraissent pas modifiées.

2° Les petites tumeurs sont formées par des glandes sébacées hypertrophiées dans lesquelles les cellules épithéliales, en même temps qu'elles se sont multipliées, ont perdu plus ou moins leurs fonctions propres. Ces glandes sont entourées par un tissu conjonctif de nouvelle formation.

3° Dans les grosses tumeurs les lésions sont plus avancées, les glandes sébacées sont transformées en amas lobulés de cellules épithéliales pavimenteuses, au centre desquelles se trouvent parfois des cellules sébacées normales, dernières traces de la fonction. Le tissu conjonctif de nouvelle formation est plus abondant et c'est peut-être grâce à lui que la néoformation épithéliale reste localisée.

Les follicules pileux ne m'ont pas paru prendre part à la dégénérescence épithéliomateuse ; les glandes sudoripares paraissent restées saines, et l'épiderme entassé au niveau des tumeurs et aminci par pression sans doute.

Il y a environ deux mois, j'ai renvoyé à M. Malassez un fragment provenant des bords de l'ulcération centrale de la tumeur de la nuque. Voici le résultat de l'examen qu'il en a fait :

« La marche de l'épithélioma est des plus nettes, on ne voit plus de glandes sébacées transformées, hypertrophiées, mais toujours reconnaissables ; ce ne sont plus que des masses épithéliomateuses irrégulières qui envoient dans tous les sens des prolongements épithéliaux. Le tissu conjonctif qui les enveloppe est bien dense ; pourra-t-il résister encore, ou se laissera-t-il déborder ? Là est la question. »

Mais il faut faire une réserve au sujet du second examen de M. Malassez, réserve qui infirme la valeur de ses considérants :

Le 1er examen a porté sur de petites tumeurs excisées en entier ; le 2e, sur un fragment de la grosse tumeur de la nuque : les deux résultats ne sont donc pas comparables, puisqu'ils portent sur des tumeurs à des degrés différents de développement.

Etat actuel. — A la nuque, à droite du sillon cervical postérieur et empiétant sur le cuir chevelu, existe une tumeur de la largeur

d'une pièce de 5 francs en argent, ulcérée à son centre qui est excavé, et formée de bourgeons charnus pâles se recouvrant d'une croûte peu adhérente ; les bords de cette tumeur sont arrondis, durs, saillants : on dirait un macaron incrusté dans la peau et évidé à son centre. En cet endroit la peau glisse facilement sur les tissus sous-jacents.

Depuis peu de temps ont apparu dans l'épaisseur du derme, dans le voisinage de la tumeur, deux petits noyaux globuleux, très-durs, du volume d'un noyau de cerise, qui sembleraient être des ganglions lymphatiques en voie de dégénérescence.

Dans le triangle sus-claviculaire droit, vers la partie moyenne, existe une surface ulcérée de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, à bords rouges et arrondis, un peu élevés au-dessus du derme. Sur le dos du nez, vers sa racine, ulcération arrondie, à bords indurés. Une autre au-dessus du pli naso-génien gauche.

En dehors de la commissure externe des paupières de l'œil, gauche ulcération de la grandeur d'une pièce de un franc, peu profonde, à bords indurés.

Traces de petites ulcérations, l'une à l'apophyse frontale externe, l'autre à la partie externe de la paupière supérieure, une troisième au bord adhérent de la paupière inférieure.

L'une d'elles présente encore une certaine induration quand on la presse entre les doigts par la circonférence.

Discussion.

M. Ledentu. Je suis d'avis que nous avons affaire à une forme d'épithélioma. J'ai été appelé à donner, il y a un an, des soins à un jeune homme dont l'histoire peut être résumée ainsi : A l'âge de 12 ans, il avait vu apparaître sur la face et les mains des tumeurs analogues à des molluscum ; ces tumeurs arrivaient peu à peu à l'ulcération, puis elles se cicatrisaient.

Il y a trois ans, la maladie entra dans une phase nouvelle : les cartilages du nez se détruisirent ; des ulcérations survinrent sur les paupières, et leur cicatrisation donna lieu à un ectropion : ces alternatives de cicatrisation et d'ulcération se présentèrent plusieurs fois. La marche de l'ulcération devint tout à fait envahissante, puis l'état général s'altéra et le malade succomba.

Le diagnostic fut très-hésitant : après un molluscum, on admit des ulcérations syphilitiques, scrofuleuses, épithéliales ; pour moi, cette tendance persistante à la cicatrisation était un indice qu'on avait affaire à un épithélioma des glandes sudoripares.

M. Verneuil. C'est en 1859 que j'ai publié un travail sur les tumeurs chirurgicales de la peau. L'examen histologique des tumeurs du nez me fit observer l'épithélioma sébacé. Depuis parut le mémoire de Luigi Porta sur les altérations des glandes sébacées. Il existe donc un épithélioma des glandes sébacées : ce qui le caractérise, c'est que sans doute, en raison de l'épaisseur de la paroi de la glande, l'infiltration épithéliale est tardive, ces glandes s'ulcèrent et ne s'infiltrent pas ; de plus, il est possible d'énucléer la glande entière pendant longtemps, et si on l'examine, on voit que la paroi n'est pas infiltrée.

M. Trélat. La multiplicité des lésions ne me paraît pas donner raison à la doctrine de l'épithélioma. Dans les glandes sudoripares, l'épithélioma est rare; je n'en ai vu que deux cas, dont l'un était un papillome.

Ce fait me rappelle un cas de lupus qui avait été pris pour un cancroïde et que j'opérai ; il se fit à côté une récidive du lupus.

Je pencherais plutôt vers le lupus dans le cas qui nous est présenté, en raison de la permanence de l'ulcération. Une des particularités du cancroïde, c'est en effet sa tendance à la cicatrisation. A la formation des globes épidermiques succède leur déhiscence, puis leur chute suivie bientôt de la cicatrisation. Dans un cas d'épithélioma de la cuisse, on observait une ulcération et une cicatrice occupant chacune la moitié de la production néoplasique. En résumé, je pencherais dans ce cas plutôt vers un lupus.

Constriction permanente des mâchoires par ankylose temporo-maxillaire droite. — Opération d'Esmarch. — Sutures superficielles et profondes. — Guérison sans fièvre. — Rétablissement des mouvements du maxillaire inférieur permettant la mastication,

par le Dr Samuel Pozzi, agrégé à la Faculté.

Ang... Joseph, 22 ans, entré à l'hôpital des cliniques, salle des hommes, n° 18, le 6 octobre 1876.

Ce jeune homme a toujours eu une mauvaise santé. A l'âge de 4 ou 5 ans, il a eu une adénite cervicale suppurée du côté gauche dont il porte la cicatrice. Il y a 7 ans, périostite suppurée du tibia droit (face interne) et du fémur gauche au tiers inférieur.

Il y a 6 ans, à la partie antérieure de l'articulation maxillaire, sous la joue droite, apparaît une tumeur indolente, molle, qui atteignit le volume d'une noix dans un espace de 7 ou 8 mois. Pendant cette période, le malade ressent une gêne toujours croissante des mouve-

ments de mastication. Il lui devient de plus en plus difficile d'ouvrir la mâchoire. Un jour, il se heurte violemment à la joue; la tumeur s'ulcère et il s'en écoule une assez grande quantité de sang; l'ouverture reste fistuleuse. Pendant trois ou quatre mois il en sort à plusieurs reprises de petits fragments osseux.

La cicatrisation ne fut complète qu'au bout d'une année.

Depuis cinq ans, les mouvements de la mâchoire sont devenus de plus en plus difficiles. Le malade ne peut plus faire de mouvements de mastication.

Au niveau du col du condyle, il existe une cicatrice large, déprimée, adhérente à l'os. C'est la seule lésion qu'on puisse découvrir; il n'existe aucune bride, soit extérieurement, soit à la partie interne de la joue. Le masséter pris entre les doigts est souple et ne se tend que sous les efforts volontaires du malade.

Il est impossible d'écarter les mâchoires l'une de l'autre.

Du côté droit, les arcades dentaires sont si fortement serrées que les dents de la mâchoire inférieure sont notablement inclinées et pour ainsi dire couchées d'arrière en avant. Il y a un léger degré de chevauchement des dents supérieures sur les inférieures. A gauche, un chevauchement analogue existe de haut en bas, mais les dents n'appuient pas les unes contre les autres comme à droite; il y a un écartement de deux millimètres d'avant en arrière entre la couronne des dents supérieures et celle des dents inférieures. Cet écartement peut être porté à environ un demi-centimètre entre les grosses molaires par les efforts du malade. Grâce à ce faible mouvement de diduction latérale et en forçant les aliments avec les dents de sa fourchette, il les introduit par parcelles à travers cette sorte de laminoir. Chacun de ses repas nécessite un long travail et se compose surtout de mie de pain.

La parole est indistincte, la voix sourde.

Le malade est entré à l'hôpital pour une douleur dans l'aine qu'on pourrait dès maintenant attribuer à un commencement de coxalgie. Le repos au lit l'améliore considérablement. Mais avant qu'il ne demande sa sortie, on lui propose une opération destinée à lui rendre les mouvements de la mâchoire. Elle est acceptée et pratiquée le 20 octobre.

Le malade, étant soumis à l'anesthésie, est dans une résolution complète; on introduit avec difficulté entre ses arcades dentaires un mince levier, et on essaie vainement, par des pressions énergiques, d'écarter les mâchoires. Il ne se produit pas le moindre ébranlement au niveau de l'articulation temporo-maxillaire droite. A gauche, on sent très-nettement un déplacement léger de la branche montante.

L'ankylose est donc complète à droite, et il y a tout lieu de croire que l'articulation est entièrement saine à gauche.

Pour parvenir à arracher la première grosse molaire inférieure, il fallait d'abord enlever son homologue à la mâchoire supérieure qui la recouvrait et la protégeait contre toute tentative d'arrachement. L'avulsion de cette dernière est reconnue impossible. On prend le parti de la sectionner au niveau de son collet à l'aide d'un ciseau étroit et d'un coup de maillet.

Grâce à la brèche ainsi obtenue, on peut passer le crochet de la clef de Garengeot et enlever la première grosse môlaire inférieure droite.

L'opération est ensuite conduite de la façon suivante, en s'inspirant du précepte sur lequel insiste avec tant de raison M. le professeur Verneuil, de ne pénétrer dans la cavité buccale que le moins et le plus tard possible.

Une incision de 5 centimètres est faite au niveau du bord inférieur du maxillaire. Elle commence à 1 centimètre en arrière de l'insertion du masséter. Les tissus sont divisés couche par couche jusqu'à l'os, en avant de l'insertion musculaire. L'artère faciale est coupée et liée aussitôt, ainsi qu'une artériole d'assez fort calibre, la sous-mentale probablement.

Les deux bouts de la faciale sont liés, ce qui donne trois ligatures faites avec du fil de soie, faute de catgut. La perte de sang est insignifiante. Incision du périoste avec un fort scalpel ; décortication de l'os avec une rugine sur ses deux faces jusqu'au bord alvéolaire, sur une petite surface située au-dessous de la première grosse molaire qu'on a enlevée. Jusqu'à ce moment, on n'est pas entré dans la bouche. Le malade, parfaitement endormi, n'est nullement incommodé par le peu de sang qui coule de son alvéole vide. Une aiguille courbe est alors passée au-dessous du maxillaire, pénètre dans la cavité buccale en arrière du bord alvéolaire et en ressort en avant de lui, entraînant une scie à chaîne qui se trouve à cheval sur l'alvéole vide de la grosse molaire.

La section est faite rapidement à ce niveau. Immédiatement on abaisse la partie antérieure du maxillaire, on la dépouille de son périoste dans une petite étendue, et avec une forte pince de Liston on fait une section oblique de haut en bas et d'arrière en avant; on enlève ainsi un segment triangulaire dont la base, correspondant au bord inférieur, a 1 centimètre d'étendue. La section obtenue par l'action de la pince n'est pas nette; elle offre des aspérités; on la régularise à l'aide de tricoises, ce qui enlève encore une portion d'os qu'on peut évaluer à 5 millimètres. Le coin réséqué est donc en somme un triangle dont la base a 1 centimètre et demi et dont le sommet très-aigu correspond à l'alvéole de la première grosse molaire.

Pansement. — Un point de suture profonde avec de gros fils d'argent maintenu à la partie moyenne de la plaie, à 2 centimètres de chacune des lèvres, par de petites plaques de plomb. Quatre points de suture superficielle ne laissant de jour vers la profondeur de la plaie qu'au niveau de son milieu, au niveau du passage des trois fils à ligature qui font l'office de tube ou plutôt de *mèche à drainage.*

Bandelette protectrice de baudruche Hamilton.

Coton perméable phéniqué. Taffetas gommé. Quelques tours de bande maintiennent ce pansement.

Avant d'appliquer la bande, on a introduit un bouchon de grosseur moyenne entre les arcades dentaires du côté gauche.

L'écartement n'a pas été mesuré à ce moment; mais deux jours après, mesuré avec la glissière, il était de 12mm 1/2 entre les incisives.

Le 20, jour de l'opération, le malade n'a pas eu de fièvre; il a un peu dormi la nuit, mais salivation extrêmement abondante, un peu sanguinolente.

Le 21. Premier pansement. — La plaie est en bon état. Pas de suppuration; pas de fièvre. Température axillaire = 37°,6. Dans la journée le malade prend du bouillon et du vin. — Soir, température axillaire = 38°,4. Pansement phéniqué.

Le 22. Deuxième pansement. — La plaie est réunie, sauf au niveau du passage des fils. Léger écoulement purulent par cet orifice. Salivation muqueuse avec quelques petits flocons de pus. Pas d'odeur de la bouche. Températ. axill. = 37°,4. Même pansement. Dans la journée, le malade prend des potages, de la purée de pommes de terre et du vin. Soir, temp. axillaire = 37° 9.

Le 23. La plaie est réunie. On enlève les quatre points de suture superficielle et la suture profonde. La salivation est parfaitement claire. On pratique avec une seringue un lavage de la plaie; le liquide (phéniqué) passe en petite quantité dans la cavité buccale.

Pas d'odeur de la bouche. Ecartement des mâchoires, 12mm 1/2.

Dans la journée, le malade se lève pendant plusieurs heures. Températ. matin = 36°,7, soir = 37°,4.

Le 24. — Quatrième pansement. — Températ. = 37°,2, soir = 37°,7.

Le 25. — Temp. matin = 37°,3, soir = 37°,7.

Le 26. — Temp. matin = 36°,5. A partir de ce moment, on n'a plus pris de température. Le malade, qui n'a pas un seul jour perdu l'appétit, mange des potages, des purées, des viandes hachées. Un très-petit fragment osseux, probablement une esquille primitive due à l'action de la pince de Liston, est trouvé par le malade dans sa salive.

Un pansement par jour. La communication du trajet des fils à ligature avec la cavité buccale a persisté jusqu'au 31 octobre.

Le 31. — Ce jour-là, l'injection du liquide phéniqué sur la plaie externe ne pénètre plus dans la bouche. Le malade exécute spontanément des mouvements de mâchoire qui ont une amplitude très-notable. Ecartement maximum 2 centimètres 2, au niveau des incisives, minimum, 6 millimètres. Ce dernier écartement est permanent; il est produit par le retrait en arrière du segment antérieur de la mâchoire. C'est un écartement dans le sens antéro-postérieur, et non pas un écartement suivant la hauteur.

La parole, qui avait été très-difficile dans la première semaine, ne coûte plus aucune gêne au malade.

Le 10 novembre. — La plaie est complétement cicatrisée. Il reste seulement à la partie moyenne un petit bourgeon charnu que l'on cautérise avec le nitrate d'argent.

A ce moment, il s'est produit subitement un léger gonflement de la joue. La cicatrice a été soulevée par un petit abcès. Il s'ouvre dans la bouche et le malade crache une petite esquille qui paraît formée par une portion de l'alvéole de la première molaire arrachée. La malade sent en outre avec sa langue un petit fragment rugueux au niveau de la pseudarthrose. Il l'enlève avec ses doigts, le 18 novembre; on recon-

naît qu'il est formé par une mince lamelle osseuse, lisse et nette d'un côté, qui correspond évidemment à la surface de section du segment externe du maxillaire, rugueuse de l'autre côté, sur lequel s'est fait le travail d'élimination.

L'inflammation est complétement dissipée dés le lendemain; la pression tant à l'intérieur qu'à l'extérieur ne produit aucune souffrance.

Le mercredi 29 novembre, jour où le sujet est présenté à la Société de chirurgie, voici quel est l'état de ses fonctions :

Quand les mâchoires sont rapprochées, on constate que le menton est à peine dévié du côté opéré. Le maxillaire inférieur est légérement reporté en totalité du côté droit. L'interstice des incisives médianes de la mâchoire supérieure n'est plus superposé à l'interstice homologue de la mâchoire inférieure, mais bien à l'interstice de la première et de la deuxième incisives droites. A partir de la deuxième incisive supérieure gauche, les dents de la mâchoire supérieure sont sur un plan antérieur à celles de la mâchoire inférieure. Le maximum d'écartement (antéro-postérieur) existe entre les canines à droite. Il est permanent et d'environ 5 millimètres.

Quand les mâchoires sont écartées, le maximum de l'écartement vertical est en avant de 17 millimètres.

On voit au fond de la bouche, à droite, les deux dernières grosses molaires (les deuxièmes) fortement pressées l'une contre l'autre : c'est en avant d'elles que la pseudarthrose est établie.

La mastication s'effectue trés-bien; l'opéré peut broyer rapidement et complétement entre ses molaires gauches la croûte du pain et la viande. Les fonctions des incisives sont beaucoup moins complètes : elles peuvent mordre facilement dans la mie de pain, mais n'arrivent pas à casser un morceau de sucre, lequel est immédiatement broyé au niveau des incisives gauches. Dans ces mouvements de mastication, l'abaissement et l'élévation de la mâchoire sont accompagnés d'une diduction latérale beaucoup plus forte qu'elle ne l'est ordinairement. Cette diduction rappelle jusqu'à un certain point celle qu'on observe chez les ruminants.

Tous les mouvements s'accomplissent sans aucune douleur.

Une particularité qui mérite d'être notée est l'apparition d'une gengivite assez vive depuis le rétablissement de fonctions si longtemps abolie. Les gencives sont évidemment irritées par la pression auxquelles elles sont soumises durant la mastication. L'usage du chlorate de potasse a déjà beaucoup diminué cette petite incommodité.

Je me propose de représenter ce malade à la Société l'année prochaine[1].

La Société se forme en comité secret à 5 heures.

Le secrétaire annuel,
CRUVEILHIER.

---

[1] A la fin de février 1877, date la de correction des épreuves de cette observation, les résultats primitifs de l'opération s'étaient parfaitement maintenus; la gingivite avait cessé; le malade avait considérablement engraissé et prétendait manger *comme les camarades*.

Séance du 7 février 1877.

Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger ;

2° Une lettre de remerciement de M. Ciniselli, de Crémone, récemment nommé membre associé étranger ;

3° Des lettres de remerciement de MM. Albert, de Vienne; Bryant, de Londres ; Lister, d'Édimbourg; Amabile, de Naples, récemment nommés membres correspondants étrangers;

4° Une lettre de remerciement de M. le Dr Couty, lauréat de la Société pour le prix Duval ;

5° M. Terrier offre un volume intiulée : *Manuel de pathologie chirurgicale ;*

6° Diverses brochures de M. Amabile, de Naples : *Etude nouvelle sur les corps mobiles articulaires. — La greffe épidermique et la transplantation cutanée. — Les fistules vésico-vaginales et leur traitement;*

7° Le LIXe volume des *Transactions médico-chirurgicales*, de Londres ;

8° Une brochure de M. le Dr Terrillon : *Du traitement chirurgical de la névralgie du nerf dentaire inférieur ;*

9° M. Tillaux offre le 3e fascicule de son *Traité d'anatomie topographique.*

10° M. Terrier présente, de la part de l'auteur, M. le Dr Poinsot, de Bordeaux, un mémoire intitulé : *Etude clinique sur l'ostéosarcome des membres.*

Commissaires : MM. SÉE, DESPRÈS, TERRIER.

11° M. Larrey offre de la part de M. le Dr Ladislas de Belina, de Mexico, une brochure intitulée : *Sept cas heureux de transfusion du sang défibriné.*

12° M. Bardy-Delisle communique l'observation suivante :

Chute sur le périnée. — Rupture sous-cutanée de l'urèthre. — Infiltration urineuse. — Ponction de la vessie. — Sonde à demeure dans le canal. — Guérison.

La récente discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie, à l'occasion de l'observation de M. Cras intitulée : *Contribution à*

l'étude des lésions traumatiques de l'urèthre, m'a engagé à publier l'observation qui suit, à titre de *contribution* à la même étude.

Cette observation présente, outre les lésions générales observées dans les blessures de l'urèthre par contusion, quelques conditions particulières desquelles m'ont paru ressortir des indications spéciales. Elle m'a donc semblé pouvoir grossir d'un document intéressant le dossier de l'enquête ouverte, sur ce sujet, à la Société de chirurgie.

Cette enquête est d'autant plus nécessaire que, comme l'a dit excellemment le rapporteur, M. Guyon, et, avec lui, M. Verneuil, il est difficile de tracer des règles précises et absolues dans une question de cette nature, où les indications doivent varier avec le siége, la nature et la gravité des lésions anatomiques spéciales à chaque cas. C'est donc dans l'appréciation et la comparaison de tous les faits particuliers, que les chirurgiens pourront puiser les règles de leur conduite.

Henri Bonjean, âgé de 11 ans, fut apporté à l'hôpital de Périgueux le mardi 3 novembre 1876, à 3 heures du soir. J'étais absent ce jour-là, et ne pus le voir qu'à la visite du lendemain matin, à 9 heures. Le médecin du bureau de bienfaisance, qui avait été appelé à lui donner les premiers soins, présent à ma visite, me raconta que, l'avant-veille, l'enfant en s'amusant à descendre à cheval sur la rampe d'un escalier, entraîné malgré lui par la rapidité de la descente sur le plan incliné, était venu se heurter violemment sur le pommeau de la rampe, et s'était fait, au périnée, une très-forte contusion.

Je constatai, en effet, que tout le périnée et le scrotum étaient le siége d'une ecchymose considérable et d'une infiltration liquide. La peau présentait, dans toute l'étendue de la région, avec une couleur violacée, un aspect luisant et une tension uniforme dues à l'infiltration à la fois sanguine et séreuse.

Je dus conclure de cette infiltration abondante, mélangée à l'ecchymose, qu'il y avait eu rupture sous-cutanée de l'urèthre et passage de l'urine dans le tissu cellulaire, sous la pression des efforts de miction. Le malade, du reste, n'avait pas uriné depuis l'accident, et la vessie remontait jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Aucune tentative de cathétérisme n'avait été faite. J'essayai d'abord de le pratiquer, en usant de beaucoup de ménagements, avec une sonde en gomme élastique, puis une sonde métallique pour enfant, mais je ne tardai pas à être convaincu de l'inutilité de ces tentatives dangereuses, que je ne poussai pas plus loin.

Quel parti prendre en face d'une situation semblable, à laquelle il fallait parer d'urgence ? Devais-je, selon la pratique adoptée au-

jourd'hui par la majorité des chirurgiens, faire une longue incision sur le trajet de l'urèthre, et aller à la recherche de sa rupture ?

Cette recherche, que ne guidait aucune ouverture extérieure et qu'il fallait pratiquer, par induction anatomique vers le bulbe, à travers une épaisseur considérable de tissus infiltrés de sang et d'urine, me parut très-aventureuse. D'un autre côté, la peau et le tissu cellulaire du périnée étaient dans un état tel que leur sphacèle me parut inévitable, et, par suite, la mise à découvert de la rupture de l'urèthre. Je crus donc devoir ajourner toute recherche à ce sujet.

En attendant que l'introduction d'une sonde dans le canal devînt possible, la ponction de la vessie était la seule ressource qui pût conserver la vie du sujet.

Mes confrères, présents à la visite, approuvèrent cette détermination.

La ponction de la vessie fut donc pratiquée avec le trocart courbe; deux tiers de litre environ d'urine s'écoulèrent par la canule du trocart, que je fixai solidement.

Je fis ensuite quatre incisions sur le périnée et le scrotum, pour donner issue à l'urine infiltrée. Il s'en écoula, dans la journée une quantité notable, reconnaissable à son odeur caractéristique et qui mouilla l'atèse placée au-dessous du malade. Des compresses imbibées d'un mélange, à parties égales, d'eau-de-vie camphrée, de teinture d'arnica et d'eau, furent appliquées sur la région, et renouvelées toutes les 3 heures.

Le 10 novembre, je remplaçai, dans la vessie, la canule métallique par une sonde en caoutchouc vulcanisé ; le même pansement fut continué.

Le 20 novembre, seulement, l'escharre qui avait envahi toute la peau du périnée et du scrotum, put être complétement détachée, laissant à nu une large surface rouge et bourgeonnante, et la perte de substance du canal. Cette perte de substance avait la longueur de 1 centimètre 1/2 environ ; son extrémité postérieure était séparée de l'anus par une distance de 4 centimètres. En tenant compte de l'âge du sujet, la lésion de l'urèthre devait donc se trouver vers la partie antérieure du bulbe.

La perte de substance semblait comprendre toute la circonférence du canal. Il me fut impossible de constater si une petite portion de sa paroi antéro-supérieure, restée intacte, maintenait sa continuité dans une partie de sa circonférence.

Pour satisfaire complétement ma curiosité à cet égard, il eût fallu, sans résultat utile, me livrer à des explorations de nature à distendre et déchirer les tissus, et à aggraver encore la lésion.

L'urine sortait par jet, à travers la fistule ainsi ouverte.

Je tentai immédiatement d'introduire une sonde dans la vessie par le méat, en la dirigeant sur l'extrémité du doigt à travers la fistule. Mais je ne pus parvenir à la faire pénétrer qu'en me servant d'une sonde souple en caoutchouc vulcanisé dont je fis sortir quelques centimètres, comme un lacet par la fistule, et dont j'introduisis ensuite directement le bout dans la partie postérieure de l'urèthre. Cette impossibilité d'introduire autrement une sonde, dans cette partie postérieure, me porta à penser que le canal était interrompu dans tout son pourtour.

Je laissai la sonde ainsi introduite à demeure, et j'enlevai la sonde hypogastrique. L'ouverture qu'elle avait faite se ferma au bout de quelques jours.

La sonde mise à demeure, paraissait à découvert à la région périnéale, dans une étendue de plus de 1 centimètre.

Je changeai cette sonde tous les trois jours, en portant progressivement son calibre jusqu'au n° 14 de la filière Charrière, pour empêcher la rétraction de la cicatrice. Chaque fois que je changeais la sonde, j'étais obligé, pour en introduire une nouvelle, de me servir du procédé décrit plus haut.

Le 19 décembre seulement, près d'un mois après l'ouverture de la fistule, je pus faire passer directement la sonde, en un seul temps. Cette longue durée de la reconstitution du canal me paraît de nature à faire croire, avec les motifs indiqués ci-dessus, que la rupture du canal intéressait toute sa circonférence.

La fistule fut complétement fermée le 31 décembre, et l'enfant put uriner par le canal sans aucun suintement.

Je laissai encore la sonde à demeure pendant la nuit, jusqu'au 12 février.

A partir de ce moment, je me contentai de passer chaque jour une bougie que je laissais pendant une demi-heure dans le canal.

Bonjean sortit de l'hôpital le 1er mars.

Pendant deux mois je le fis revenir une fois par semaine, pour le sonder et m'assurer que le calibre de l'urèthre ne s'était pas rétréci. Je l'ai revu il y a quelques jours, le 20 janvier 1877, et j'ai introduit aisément dans le canal une bougie n° 13, filière Charrière.

Les principales déductions pratiques qu'on peut, je crois, tirer du fait que je viens d'exposer, sont les suivantes :

1° La ponction de la vessie peut être pratiquée dans les ruptures de l'urèthre, lorsque la recherche de la partie rupturée est contre-indiquée ou interdite par des conditions particulières ;

2° Cette opération est relativement inoffensive ;

3° Le maintien d'une sonde à demeure dans l'urèthre, est d'une

pratique sage, pour empêcher la formation d'un rétrécissement cicatriciel.

4° Le séjour prolongé d'une sonde dans la vessie pendant plusieurs jours, et même plusieurs semaines, est sans inconvénient, en se servant de sondes souples en caoutchouc vulcanisé.

Corps étrangers de la partie inférieure du pharynx chez un enfant de trois ans. — Extraction par la bouche,

par M. Ledentu.

Vers la fin de novembre 1876, on m'amenait à l'Hôtel-Dieu un enfant de trois ans qui avait avalé un sou trois jours auparavant, et ne l'avait pas rendu avec ses matières fécales. La déglutition avait commencé à se faire sans difficulté et sans douleur, et l'enfant ne se portait pas plus mal qu'auparavant.

Je me munis, pour le lendemain, des instruments nécessaires pour l'exploration de l'œsophage et l'extraction du corps étranger: explorateur à tambour métallique, panier de Graeffe, pinces à bec de canard de M. Collin. Avant toute tentative, j'explorai la région cervicale et je n'éveillai de douleur en aucun point par la pression sur le conduit pharyngo-œsophagien. Nulle part les doigts ne rencontraient une résistance indiquant la présence du corps étranger.

L'enfant ayant été enveloppé d'une alèze et placé sur un lit, j'introduisis aussi loin que possible dans le pharynx, l'index de la main gauche; alors mon ongle atteignit le bord supérieur du sou. Je pus reconnaître qu'il était solidement enchâssé dans un espace limité par le cartilage cricoïde en avant, et sur les côtés, par les bords postérieurs des ailes du cartilage thyroïde. Il était ainsi compris dans un plan vertical parallèle au diamètre transverse de l'œsophage.

Quatre fois j'essayai inutilement de le saisir avec les pinces de M. Collin qui s'ouvrent d'avant en arrière. Ce ne fut qu'à la cinquième tentative que je réussis.

La difficulté provenait d'abord de ce que l'instrument dont je me servais possédait une courbure à trop grand rayon pour un enfant; elle résultait aussi des mouvements de la tête qui était cependant bien maintenue par des aides, et enfin de l'asphyxie rapide qui se manifestait chaque fois que mon doigt obturait pendant quelques instants l'orifice supérieur du larynx.

A peine l'extraction terminée, l'enfant rejeta par la bouche des mucosités glaireuses un peu teintées de sang; sa voix s'était légèrement enrouée.

Les tentatives répétées d'extraction ne causèrent aucun préjudice à l'enfant; quelque temps après, le père m'écrivait qu'il n'avait nullement souffert de l'opération, et que le jour même il avait avalé ses aliments sans aucune peine.

A propos de ce fait, je désire consulter la Société sur l'opportu-

nité de la chloroformisation dans les cas d'extraction de corps étrangers des voies digestives supérieures. Je pense, pour mon compte, que chez l'adulte, en général, cette précaution préliminaire doit être inutile, parce que les mouvements sont moins à craindre; mais en sera-t-il de même chez les enfants ?

Lorsque le corps étranger est accessible au doigt et que l'index appliqué sur l'orifice du larynx doit causer à plusieurs reprises un commencement d'asphyxie réelle, je pense qu'il serait inutile et dangereux d'avoir recours au chloroforme; mais si le corps étranger était profondément engagé dans l'œsophage et que l'on eût à redouter des difficultés considérables provenant des mouvements intempestifs des sujets, peut-être y aurait-il lieu d'imiter l'exemple des chirurgiens qui recommandent de commencer par plonger les malades dans un sommeil anesthésique ; d'autant plus que dans les cas de cette deuxième catégorie, il n'y a plus lieu d'enfoncer l'index jusqu'au fond du pharynx et que le simple abaissement de la base de la langue n'expose pas à l'asphyxie par obturation de l'orifice laryngien.

Discussion.

M. Verneuil. J'ai eu plusieurs fois occasion d'extraire des corps étrangers de l'œsophage. Il y a quelques années, je vis à Lariboisière un petit malade qui avait avalé un plat en fer blanc, faisant partie d'un ménage d'enfant; j'enlevai ce corps étranger à l'aide du panier de Graeffe.

Une petite fille de Montereau me fut amenée avec un sou qu'elle avait avalé par mégarde : je pus faire passer une olive par derrière le sou que je retirai.

Dans un troisième cas, je me suis servi de la pince de M. Collin de la façon suivante. La malade était une Anglaise, qui avait avalé une colonne vertébrale de merlan; elle fut prise de douleur et d'anxiété telles qu'il fallut intervenir. J'étais en face d'un corps anguleux, et, par une manœuvre imprudente, je pouvais perforer l'œsophage ou la trachée. J'eus alors l'idée de me servir de la pince de M. Collin, non pour extraire le corps étranger, mais pour le désenclaver pour ainsi dire, et faire cesser le spasme violent qui venait compliquer, comme phénomène additionnel, la présence du corps étranger. J'introduisis donc la pince jusqu'au corps étranger, je l'ouvris et presque immédiatement la sensation que j'avais perçue au contact du corps étranger disparut. J'essayai d'introduire une sonde œsophagienne qui passa parfaitement.

Quant à la question de l'anesthésie, elle m'a préoccupé au sujet

du malade atteint de rétrécissement de l'œsophage auquel j'ai pratiqué la gastrotomie.

Le rétrécissement était plus étroit à certaines heures de la journée, et j'eus l'idée de faire prendre du chloral jusqu'à résolution. Je pus alors, en effet, franchir mon rétrécissement et la situation fut momentanément améliorée.

Pourquoi ai-je employé le chloral de préférence au chloroforme? Le chloroforme congestionne les poumons, fait saliver les malades, ce qui peut, dans le cas d'un œsophage rétréci, faire refluer la salive dans les voies aériennes. Le chloral n'a aucun de ces inconvénients ; la voie rectale est celle que j'ai adoptée de préférence à toute autre, surtout aux injections veineuses qui, là comme ailleurs, me paraissent inutiles.

M. Le Fort. Je n'établirais pas au sujet de l'emploi du chloroforme la distinction établie par M. Ledentu entre les corps étrangers profondément engagés et les autres. Nous employons les anesthésiques soit pour prévenir la douleur, soit pour neutraliser les contractions musculaires. Je ne suis pas persuadé que le chloroforme vienne en aide à l'opérateur en faisant cesser le spasme des muscles de l'œsophage qui sont des muscles de la vie organique, et quant à la douleur, elle n'existe guère ; ce qu'il y a surtout, c'est une sensation des plus désagréables de nausées. En revanche, il y a crainte de voir survenir des accidents d'asphyxie qu'aiderait encore l'emploi de l'anesthésie ; je repousserais donc dans tous les cas d'extraction de corps étrangers l'emploi des anesthésiques.

Puisqu'on a parlé du panier de Graeffe, je dirai que je lui trouve un inconvénient : c'est que les corps étrangers métalliques peuvent, en s'appuyant sur l'œsophage, se mettre en travers et rendre l'extraction impossible. Il existe un instrument que je crois devoir signaler. Il se compose d'une sonde dite de gomme élastique divisée en deux parties réunies par une sorte de tube formé de soie de sanglier. Au centre se trouve une tige métallique attachée au bout inférieur. Quand on tire sur cette tige, les deux parties de la sonde se rapprochent, les soies de sanglier se courbant forment une sorte de disque qui balaie exactement tout l'œsophage quand on retire l'instrument.

M. Desprès. Je demanderai à M. Ledentu dans quelle position l'enfant a été mis pour l'exploration et l'extraction du corps étranger. Dans un cas analogue, je remarquai qu'en se plaçant en face de l'enfant, on oblitérait le larynx par la simple introduction du doigt, ce qui n'arrivait pas si l'on se plaçait latéralement. Je n'avais pas sous la main d'instrument et j'en construisis un qui me permit de retirer le corps étranger avec un fil de fer dont je formai une

anse recourbée en crochet. Je termine en disant que je me prononce aussi contre l'emploi du chloroforme.

M. Rochard. J'ai souvent rencontré, comme corps étrangers, des os de bœuf; j'ai toujours résussi à les pousser dans l'estomac et je n'ai jamais employé le chloroforme. Je le mis en usage pourtant chez une jeune femme, chez laquelle aucune goutte de liquide ne pouvait passer, et quel ne fut pas mon étonnement en voyant que la sonde passait sans résistance et sans déterminer de suffocation! C'est là un phénomène dû au sommeil anesthésique que je tenais à signaler.

M. Marjolin. Je suis d'avis que, chez les enfants du moins, il ne faut pas employer le chloroforme. Les enfants ne sont pas effrayés, ils conservent même la sensation du point où s'est arrêté le corps étranger.

On ne peut donner un procédé applicable à tous les cas ; ainsi j'ai retiré une aiguille en la faisant pénétrer dans mon doigt indicateur et la maintenant ainsi jusqu'à ce que je pusse aller la saisir avec une pince.

Quant à l'emploi du panier de Graeffe, je signalerai la fragilité extrême que peuvent acquérir les tiges de baleine; j'ai vu ces tiges se casser par la présence de larves d'insecte, et leur emploi dans ce cas pourrait être très-périlleux.

Sacro-coxalgie blennorrhagique.

Observation prise par M. Coingt, interne provisoire. — Service de M. Ledentu.

Alexis Cr..., coiffeur, âgé de 20 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Martho, nº 15, le 1er octobre 1876.

De vives douleurs dans la partie postérieure de la fesse droite l'empêchent de se tenir debout. Les mouvements dans le lit sont rendus difficiles par la souffrance. Les douleurs ont leur siége au niveau de l'articulation sous-iliaque. La pression, à partir de la partie postérieure de l'épine iliaque postéro-supérieure jusque vers le point où le bord du sacrum fait suite au bord postérieur de l'échancrure ischiatique, permet de délimiter une ligne qui correspond bien à l'interligne articulaire, comme siége précis des douleurs. Au delà de cette ligne, point d'irradiations dans aucun sens. Les secousses imprimées à l'os iliaque par choc sur l'épine antéro-supérieure réveillent les souffrances en arrière. Le toucher rectal produit le même résultat, si l'on n'a soin de faire remonter le doigt un peu haut et à droite. Cette particularité

explique pourquoi le malade souffre depuis quelque temps en allant à la garde-robe.

L'articulation coxo-fémorale est indemne; il en est de même de tout le reste du système articulaire. La pression sur le sacrum et sur l'os iliaque même à une très-petite distance de l'interligne articulaire, n'est nullement douloureuse; elle ne le devient que si l'on détermine un déplacement des surfaces articulaires.

Le diagnostic sacro-coxalgie me paraît suffisamment justifié par l'exposé précédent.

Le début du mal remonte à une quinzaine de jours; pendant les cinq jours antérieurs au début, le malade avait fait de longues courses à la campagne et beaucoup dansé. Le malade éprouva alors de l'anorexie et de la fièvre.

Mais ce qu'il y a de plus important encore à savoir, c'est que depuis cinq ou six semaines avant l'apparition des premiers symptômes de sacro-coxalgie, Alexis Cr... était atteint d'une blennorrhagie de médiocre intensité qui, guérie un instant, au moins en apparence, avait repris son cours au moment de son départ pour la campagne.

Il était donc permis de considérer la blennorrhagie comme la cause réelle de la sacro-coxalgie et de n'attribuer à la fatigue qu'une influence déterminante, à condition toutefois de ne découvrir dans ses antécédents aucune circonstance établissant comme probable ou simplement possible l'influence de la scrofule ou du rhumatisme non blennorrhagique.

Or Alexis Cr... est fortement charpenté, de constitution robuste; jamais sa santé n'a éprouvé le moindre trouble. Il n'a jamais été atteint pendant son enfance de ces maladies qui sont l'indice ordinaire d'un tempérament lymphatique ou d'une prédisposition marquée aux accidents scrofuleux (impétigo, adénites chroniques, maux d'yeux, etc.). La même remarque est applicable aux autres membres de sa famille.

Une attaque de rhumatisme articulaire aigu chez son père permet seule de penser qu'il peut y avoir chez lui quelque prédisposition à des manifestations rhumatismales.

Il n'y a donc dans les antécédents du sujet aucune circonstance propre à infirmer le diagnostic porté plus haut.

La blennorrhagie existe encore à l'état subaigu et l'écoulement n'a pas une très-grande intensité.

Le traitement consista dans le repos au lit, l'administration de deux ou trois purgatifs et de quelques lavements, dans des badigeonnages avec de la teinture d'iode. L'opiat au copahu et au cubèbe a assez vite raison de l'écoulement uréthral.

Au bout de trois semaines, le malade commença à se lever, mais il boitait encore un peu. Au commencement de novembre, il quitta l'hôpital complétement guéri de sa sacro-coxalgie.

Je ne soulèverai pas à propos de ce cas la question délicate de la nature réelle des manifestations articulaires chez les sujets atteints de blennorrhagie; mon but a été seulement d'établir aux yeux de la Société la corrélation étroite qui m'a semblé exister chez ce malade entre l'écoulement uréthral et l'arthrite de l'articulation sacro-iliaque.

M. Delens. Je crois que la blennorrhagie doit être mise en cause dans la sacro-coxalgie ; ce qui est difficile, c'est le diagnostic même de l'affection. Je signalerai enfin qu'en outre des diathèses signalées par les auteurs, il faut indiquer l'ostéomalacie. J'ai publié, en effet, un cas de sacro-coxalgie double, et un peu plus tard, la malade a présenté une ostéomalacie bien caractérisée.

Le diagnostic me paraît cependant fort bien établi et je crois que la malade a une sacro-coxalgie.

M. Tillaux. Je suis d'autant plus de l'avis de M. Ledentu que j'ai observé dernièrement une femme atteinte de sacro-coxalgie suppurée avec abcès intra et extra-pelviens, et que je n'ai pu rattacher cette opération qu'à la blennorrhagie. Mon collègue, M. Siredy avait au même moment, dans son service, un cas analogue qu'il rattachait à une blennorrhagie.

Présentation d'instruments.

M. le Dr Pros, de la Rochelle, lit un travail et présente un instrument. Ce travail, relatif à la tocologie, est renvoyé à une commission composée de MM. Blot, Guéniot et Polaillon.

Ceinture pelvienne à pelotes pour les cas de relâchement des symphyses, par M. Panas.

Cet appareil a été imaginé par M. Tarnier et moi-même pour un cas très-rare de relâchement des symphyses avec inflammation de ces mêmes articles.

La malade est restée plusieurs mois dans la gouttière de Bonnet: le résultat a été presque nul. Cet appareil se compose de deux pelotes latérales qui prennent leur point d'appui sur les fosses iliaques externes ; en arrière se trouve une courroie; en avant, deux tiges métalliques qui peuvent glisser l'une sur l'autre et rapprocher les pelotes; chaque pelote est aussi munie d'une vis qui peut la rapprocher ou l'écarter de la pelote du côté opposé.

Cette ceinture agit dans le même sens que la ceinture Martin, mais, contrairement à cette dernière, elle peut être portée au lit, Cet appareil pourrait être appliqué dans tous les relâchements des symphyses.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire,
Cruveilhier.

Séance du 14 février 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger ;

2° Une lettre de remerciements de M. Symvoulidès, de Saint-Pétersbourg, récemment nommé membre correspondant étranger;

3° M. Paulet offre un exemplaire de la 2e édition de son *Résumé d'anatomie appliquée ;*

4° M. Verneuil présente, de la part de M. Daniel Mollière, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, un travail intitulé : *Observation tendant à démontrer l'influence du diabète sur la cicatrisation des plaies.* (Commissaire, M. Verneuil.)

Rapports.

Rapports sur un travail adressé à la Société de Chirurgie, par M. le Dr Daniel Mollière, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, au nom d'une commission composée de MM. Duplay, Desprès, Delens, présenté dans la séance du 14 février 1877 par M. Delens, rapporteur.

Le travail de M. Mollière a été adressé à la Société à une époque déjà éloignée, et, par suite de circonstances indépendantes de la volonté de la commission actuelle, n'avait pas encore été l'objet d'un rapport.

Ce travail a pour but de faire connaître une modification apportée par l'auteur dans l'application de l'*ischémie* à certaines opérations, ainsi que plusieurs faits intéressants de *suture* et d'*autoplastie tendineuses.*

La modification proposée par M. Mollière, consiste à ne commencer l'application de la bande d'Esmarch qu'*au-dessus* du point où doit être pratiquée l'opération, de manière que le segment du membre situé au-dessous retienne encore une certaine quantité de sang qui facilite beaucoup les recherches et la dissection. M. Mollière, en effet, avait remarqué, dans une première opération, que l'ischémie absolue des tissus empêchait de reconnaître facilement les extrémités séparées des tendons qu'il voulait suturer. Dans les opéra-

tions subséquentes, il a pu, au contraire, grâce au sang qui était resté dans les vaisseaux, exécuter cette recherche avec beaucoup de facilité : il a pu lier les artères, et même, dans un cas, les orifices veineux de manière à se mettre complétement à l'abri de toute hémorrhagie ultérieure, avant d'enlever la bande élastique.

L'idée de M. Mollière nous a paru heureuse et son application aux opérations de suture tendineuse nous semble parfaitement acceptable.

Toutefois, pour ce qui concerne les observations qui sont données à l'appui de cette idée, nous devons exprimer un regret. Ces observations, au nombre de cinq, offrent un grand intérêt, comme l'indique le seul énoncé de leur titre, mais en raison de la gravité des lésions, plusieurs d'entre elles eussent dû, pour avoir toute leur valeur, être rapportées avec plus de détails. Ainsi dans l'observation II[e] intitulée : *Plaie de la région du coude ; section complète du biceps et de l'artère humérale au niveau même de sa bifurcation ; sections veineuses multiples ; suture du biceps ; ligatures artérielles et veineuses ; guérison*, nous voyons une plaie de 30 centimètres intéressant les principaux muscles du bras et ayant divisé complétement le muscle biceps et l'artère humérale, être entièrement guérie au bout d'un mois, ne laissant après elle aucune trace de gêne dans les fonctions du membre. Ce résultat si exceptionnellement favorable dépend, sans doute, du soin qui a été apporté à réunir les extrémités divisées du muscle, mais, comme la plaie a suppuré, il eût été intéressant de connaître dans tous ses détails le mode de pansement et les moyens accessoires qui ont amené une guérison aussi rapide.

De même dans l'observation IV[e], l'articulation radio-carpienne a été largement ouverte, un fragment de verre de 3 centimètres en a été retiré, le tendon du long extenseur du pouce a été suturé, et, cependant, après un mois d'immobilisation, l'articulation avait recouvré l'intégrité complète de tous ses mouvements. Un fait aussi remarquable de guérison d'une plaie articulaire compliquée de corps étranger méritait certainement de plus longs développements.

Enfin, dans la V[e] et dernière observation, M. Mollière, pour remédier à une perte de substance du tendon du cubital antérieur, a pratiqué ce qu'il appelle *l'autoplastie de la gaîne tendineuse*. Huit jours après l'accident, il a disséqué la gaîne du tendon, en a suturé les bords et a été assez heureux pour voir, au bout d'un mois, la continuité du tendon rétablie. Cette dissection de la gaîne du cubital, même en la supposant déjà épaissie et transformée par l'inflammation, doit constituer une opération délicate et minutieuse, que nous eussions voulu voir décrite plus longuement.

Malgré ces lacunes, nous pensons que les faits communiqués à

la Société par M. Mollière sont d'un véritable intérêt et que son travail renferme une idée ingénieuse. Nous proposons, en conséquence, de déposer ce travail dans les archives de la Société, et d'inscrire le nom de l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Communications.

Des indications tirées des localisations cérébrales pour la trépanation du crâne. Méthode opératoire. Applications,

par le Dr Just Lucas-Championnière.

Des circonstances indépendantes de ma volonté ont reculé plus que de raison cette présentation que je tenais à faire le plus tôt possible. J'aurais d'abord à faire preuve de mes droits de priorité. A l'académie M. Proust, ici M. Terillon ont cru devoir vous communiquer un fait sous la rubrique de *Contribution à l'étude du trépan et des localisations cérébrales,* en passant sous silence mes propres travaux. Cependant ceux-ci ne sont pas de date récente, il y a déjà longtemps que j'ai traité cette question des localisations et du trépan, en public, à l'hôpital, devant la Société, dans diverses publications; j'ai même fait publier par le Dr Ch. Paris une thèse intitulée : *Des indications de la trépanation des os du crâne au point de vue de la localisation cérébrale,* juillet 1876. Quand cette thèse n'aurait eu que le titre, elle méritait d'être citée. Mais il y avait, en outre, des observations capitales pour cette question. Je ne dis rien aujourd'hui de l'observation de M. Proust, me réservant, lors du rapport qui sera fait, et alors que l'auteur aura un défenseur dans notre Société, de discuter la valeur de cette observation pour le point spécial pour lequel elle a été présentée, beaucoup moindre que celle des observations antérieures.

Je reviens au fait qui m'est personnel et qui a servi de point de départ à mes travaux. Vous le connaissez, puisque j'ai eu l'honneur de vous le présenter. En 1874, à l'hôpital de Lariboisière, j'ai trépané un homme avec blessure récente et accidents du début.

Cet homme, âgé de 26 ans, à la suite d'un traumatisme resté inconnu (probablement par instrument contondant), avait quelques traces d'un coup au niveau de la bosse pariétale gauche, une paralysie du bras droit (mouvement) moins les muscles de l'épaule, sans autre paralysie, sauf cependant l'aphasie et des difficultés de déglutition. Il fut pris d'accidents épileptiformes, généralisés *sans mouvements* dans la partie paralysée.

Le 7e jour je l'ai trépané au niveau de la contusion ; il n'y avait pas de plaie, pas d'enfoncement apparent. Un foyer de fracture fut trouvé en avant. Après une couronne et demie enlevée, une esquille fichée dans la dure-mère fut extraite avec peine. La paralysie disparut 4 jours après, et l'aphasie le 14e jour. Il guérit complétement, et je l'ai revu plus de deux ans après l'opération.

Il s'agit, comme dans tous les cas, d'une trépanation faite presque au hasard, guidée seulement par le côté de la lésion. Mais elle devait immédiatement me faire songer à un guide plus sûr, plus précis, car ce malade présentait l'exemple le plus curieux et le plus vrai de lésion localisée que jamais traumatisme ait donné.

C'est un *exemple de paralysie* traumatique immédiate sans lésion d'excitation, telle qu'on en a observé dans certaines expériences physiologiques. Les autres cas de traumatisme connus sont beaucoup moins simples, et souvent uniquement dus à des lésions excitantes voisines.

Les mensurations précises, très-difficiles à suivre sur une tête revêtue de parties molles, très-incertaines dans la pratique, ne donnaient que des illusions relativement au siége de la lésion. Tout ce qu'elles m'apprenaient, c'est que, comme beaucoup d'autres, j'avais trépané plus en avant que je n'aurais pu le croire ; et même le simple examen du blessé, examiné deux ans après, montrant une large cicatrice au-dessus de l'oreille, apprend évidemment que la trépanation a été faite dans la région *du pariétal antérieur*, point de la plus haute importance pour les déductions qui vont suivre. Ce fait est commun à toutes les observations connues.

En effet, c'est en étudiant successivement non *un point* du cerveau, mais *les régions* du cerveau et les régions crâniennes correspondantes, que j'ai été amené à proposer une méthode opératoire facile, sûre, à la portée de tous les chirurgiens, sans grandes études préliminaires.

En considérant le dessin d'un cerveau, il est facile de voir que l'espace occupé par les circonvolutions qui contiennent les centres corticaux moteurs est très-restreint (circonvolutions pariétale et frontale ascendante, pied des trois circonvolutions frontales). On peut voir, en outre, que toutes ces circonvolutions sont groupées, en quelque sorte, autour du sillon de Rolando, de telle façon que, quand on connaît le siége de celui-ci, on les retrouve toutes avec facilité.

Si on étudie ensuite l'excellent mémoire de Turner relatif à la topographie des circonvolutions cérébrales, il suffit de regarder un dessin pour reconnaître que tous ces centres réunis sont situés *au-dessous de la moitié antérieure du pariétal.*

On voit facilement nos premières indications pour retrouver les centres moteurs. Il faudra les rechercher à travers la moitié antérieure du pariétal (en avant de la bosse pariétale). Pour cela, sur les téguments correspondants à cette moitié antérieure du pariétal, il faudra tracer une ligne correspondant au sillon de Rolando.

Cette ligne, qui ne saurait être qu'une ligne droite, ne peut être la représentation du sillon de Rolando. Nous l'appellerons *ligne Rolandique*. C'est une ligne telle que, toute couronne de trépan mise à cheval sur elle, sera nécessairement à cheval sur le sillon de Rolando.

Les procédés employés pour trouver ces points de repère sont nécessairement empruntés aux beaux travaux de topographie cérébrale de MM. Broca, Turner, Féré, etc.

Voici la manière de tracer la ligne Rolandique : on sait que le sillon de Rolando commence vers la scissure médiane du cerveau, à 53 millimètres derrière le bregma. On détermine donc sur la tête du blessé le bregma et on mesure derrière ce point 55 millimètres en arrière sur la ligne médiane, et on marque le point obtenu.

Puis on prend derrière l'apophyse orbitaire externe une ligne horizontale longue de 7 centimètres ; à l'extrémité postérieure de celle-ci on élève une perpendiculaire de 3 centimètres, et le point de l'extrémité supérieure de cette dernière ligne, que l'on marque, se trouve vers l'extrémité inférieure ou externe de la scissure de Rolando.

Entre les deux points obtenus sur la tête, que l'on tire une ligne droite, que l'on marque sur la tête rasée avec un crayon dermographique, et l'on aura *la ligne Rolandique.* Sur un point quelconque de cette ligne une couronne de trépan *placée sera à cheval sur le sillon de Rolando;* de nombreuses expériences en font foi.

Mais on peut faire beaucoup mieux si on n'oublie pas le siége respectif des différents centres moteurs; si le blessé accuse des lésions du centre du membre inférieur, on trépanera en haut et en arrière de la ligne (pariétale ascendante) ; s'il accuse des lésions du lobule paracentral, en haut et directement sur la ligne.

S'il y avait lésion du centre moteur du membre supérieur, il faudrait trépaner sur la partie moyenne et un peu au-dessus (pariétale et frontale ascendante). S'il y avait lésion du membre inférieur et de la face, on trépanerait en bas et en avant sur la ligne (frontale ascendante et 2e frontale). S'il y avait aphasie, on trépanerait tout à fait en bas et en avant (3e frontale, etc.).

Ce procédé permet donc de tenir compte des détails de la localisation cérébrale; mais il reste toujours un procédé chirurgical, important et sûr, parce qu'en réalité il n'a pas besoin de descendre

à des détails aussi petits. Si on trace sur une tête les limites de cette région motrice : *limite du pariétal en avant; bosse pariétale en arrière; en haut, sinus longitudinal; en bas*, 3e *circonvolution frontale*, on peut voir que la région où manœuvre le trépan, pour découvrir tous les centres, est bien petite : 8 centimètres de haut sur 3 centimètres de large. Si on réfléchit qu'une couronne de trépan a 18 millimètres de diamètre, on conçoit que le chirurgien dispose de moyens énormes relativement à l'étendue de la région.

Il en résulte qu'en multipliant les couronnes de trépan, il pourrait couvrir par une opération toute la région et faire encore une bonne opération.

S'il avait des doutes ou des notions insuffisantes sur la localisation fonctionnelle, il pourrait frapper, presque à coup sûr, au centre de la région, et la lecture des observations montre qu'il réussirait. En pratique, il serait très-suffisamment guidé par cette seule indication, qu'il faut aller plus haut ou plus bas.

Jusqu'à présent, les traumatismes ont montré les lésions corticales groupées de telle sorte, qu'une portion du cerveau bien plus grande qu'une couronne de trépan devait être découverte avec avantage.

Il en résulte encore ceci, c'est que bien que les rapports des circonvolutions et de la voûte du crâne ne soient pas fixes, mais au contraire essentiellement variables, dans des limites assez étendues, il n'est pas utile de tenir compte de ces variations puisqu'on arrive, en dépit de cela, au résultat pratique.

Enfin, il en résulte que l'on peut manquer ses points de repère d'une quantité considérable et, malgré cela, réussir à faire une opération suffisamment précise. C'est un point des plus importants, et, pour le démontrer, M. Championnière, dans ses expériences, s'est attaché à n'employer que des procédés extrêmement grossiers.

Quant à la pratique de l'opération, elle est tellement facile qu'avec un peu d'habitude on arriverait sans mensuration. Mais voici pour les mensurations :

Pour le point inférieur, il suffit de trouver l'apophyse orbitaire externe et de mesurer avec un ruban métrique.

Pour le point supérieur, il faut rechercher le bregma. On peut procéder de plusieurs façons en se rappelant que, lorsque la tête est dans la situation du regard horizontal, celui-ci est sur un plan vertical passant par les deux conduits auditifs (plan auriculo-bregmatique).

On peut le trouver en plaçant à cheval sur la tête, à peu près perpendiculaire au regard horizontal, un ruban métrique appliqué

sur les oreilles. Au sommet de la tête, sous le ruban, se trouve le bregma.

J'ai imaginé et employé une feuille de carton échancrée, traversée par un crayon perpendiculaire auquel on donne la direction du regard horizontal; le carton est placé à cheval, au niveau des conduits auditifs, et sous le carton se trouve le bregma.

Enfin, le meilleur procédé, le plus scientifique est celui qui consiste à employer l'équerre flexible de M. Broca. Cet instrument donne précisément le bregma; mais, en pratique, je recommande de le prendre derrière le ruban métallique vertical et non en avant, comme le font les anthropologistes.

C'est un fait d'expérience, qu'en cas de doute ou de tâtonnements, on se trompe toujours d'une moindre quantité en se rejetant en arrière plutôt qu'en avant. Il sera aussi indiqué d'opérer plus haut d'abord; une couronne de trépan inférieure étant toujours plus facile à poser que la supérieure.

Les expériences sont très-concluantes. En fait de précédents opératoires, il n'en existe qu'un seul appartenant à M. Broca qui, en 1871, chez un individu aphasique après traumatisme, a déterminé la région du langage et a trépané, il a ouvert un abcès sus-méningien; le malade a succombé, mais le principe de l'opération avait été bien nettement posé pour la région du langage.

Plusieurs autres opérations faites empiriquement, entre autres une belle observation de M. Marvaud (Bulletin 1876), viennent encore à l'appui.

Dans ce rapide exposé, je ne puis donner toutes les déductions à tirer de cette certitude apportée à une opération jusqu'ici si peu dirigée. Mais je puis dire que si on joint à ces notions cette considération que les pansements antiseptiques atténuent prodigieusement la gravité de l'opération, on élargira grandement le champ du trépan. Non-seulement on lui rendra une place qu'on lui a trop contestée dans notre chirurgie moderne, mais on lui préparera des interventions qui n'auraient pas été autorisées jusqu'ici[1].

Fracture du crâne remontant à 38 ans. — Intégrité des facultés cérébrales pendant 30 ans. — Affaiblissement progressif de toutes les fonctions. — Trépanation du frontal extraordinairement épaissi. — Issue d'une grande quantité de pus. — Guérison,

par le Dr Cras, professeur à l'Ecole de médecine de Brest.

En octobre 1872, M. G..., officier de marine, venait me chercher en

[1] L'opération se fait sur la femme avec des mensurations un peu moindres, 48 à 50 millimètres derrière le bregma, 60 à 66 millimètres derrière l'apophyse orbitaire externe.

toute hâte, à l'issue d'une séance de concours : son oncle M. V.... était sans connaissance depuis plusieurs heures.

Je me rendis immédiatement auprès du malade que je voyais pour la première fois.

Je le trouvai plongé dans un coma profond, face violacée, résolution des membres, respiration stertoreuse, pouls fréquent de 120 à 130. J'aperçus au front qui était manifestement bombé, une cicatrice traversée par une fistule.

Madame V.... m'apprit que cette blessure remontait à plusieurs années, que son mari avait fait une chute étant enfant et que depuis cette époque, la plaie du front avait continué à rendre. Bien que mariée depuis 15 ans, elle n'avait été mise au courant de cette infirmité que depuis 6 à 7 ans.

Depuis 4 à 5 ans, son mari était fort souffrant, ses facultés intellectuelles, jusqu'alors très-nettes, baissaient de jour en jour; elle avait remarqué que les crises fréquentes auxquelles il était sujet coïncidaient avec la suppression de l'écoulement par la fistule frontale, l'application d'un cataplasme chaud ne tardait pas à amener un soulagement notable, en favorisant l'écoulement d'une sérosité purulente. Mais ce moyen employé avec persévérance depuis la veille ne lui avait pas réussi.

J'appliquai de la pâte de Vienne; j'explorai avec le stylet de trousse: mon instrument s'arrêtait à quelques millimètres sans rencontrer une surface osseuse dénudée.

La situation était fort grave : la mort me paraissait imminente ; à n'en point douter je me trouvais en présence de phénomènes de compression retentissant jusqu'à la base. — Qu'il s'agît d'un abcès du cerveau, d'un kyste suppuré en communication avec l'extérieur, ou d'une nécrose avec foramina ouverts à l'intérieure du crâne, j'insistai énergiquement sur la nécessité d'une opération immédiate.

Madame V... me dit que son mari avait déjà éprouvé des phénomènes analogues, moins graves pourtant; il s'en était tiré avec des cataplasmes et l'administration de l'eau-de-vie allemande et de la quiuine, et me pria d'attendre, voulant consulter sa famille.

Je revins dans la nuit : sous l'influence de cataplasmes après incision de l'eschare, l'écoulement d'un pus visqueux se fit en assez grande abondance, et le malade recouvra en partie sa connaissance. — Je constatai une hémiplégie incomplète à gauche.

Le lendemain, la connaissance était complétement revenue. J'explorai de nouveau; j'interrogeai avec soin le malade et ses parents et j'appris qu'en 1837, M. V..., âgé de 6 ans, avait fait une chute sur le front en tombant d'un voiture. On retira quelques esquilles mais la plaie continua à fournir un léger suintement par un orifice étroit. Il put néanmoins continuer ses études, consulta divers chirurgiens pour tarir cette suppuration légère et tenace. A l'âge de 18 ans il entra dans l'administration de la marine, il se maria, il y a 15 ans, sans qu'il fût possible de soupçonner l'existence d'une infirmité qui faisait le tourment de sa vie. Il couvrait la fistule d'un carré de taffetas rose sur lequel il ramenait ses cheveux. Il quitta l'administration pour se livrer à diverses

entreprises. Depuis 5 ans il avait dû suspendre tout travail et abandonner la direction de ses affaires.

Une céphalalgie persistante, l'affaiblissement progressif de la mémoire, des accès fébriles répétés, une hémiplégie peu apparente, mais réelle du côté gauche, tels étaient les phénomènes saillants.

Il fit dans cet état deux voyages à Barèges, sans en tirer un avantage appréciable. Depuis 18 mois, les symptômes d'affaiblissement organique s'aggravaient progressivement, et la situation devenait de plus en plus critique.

Après avoir pris connaissance de tous ces faits, après examen attentif du malade, je conclus à l'existence d'une vaste collection comprimant l'hémisphère droit, et, malgré l'amélioration produite, j'insistai à nouveau sur la nécessité d'une trépanation du frontal.

La famille hésita et finalement me pria de vouloir bien retarder cette intervention.

Je prescrivis un traitement général tonique, je tentai sans succès la dilatation du trajet par une tige de laminaire et ne revis plus le malade que de loin en loin, pour prescrire quelques doses de quinine.

En mars 1873, nouvelle crise pénible, les accès de fièvre se multiplient, l'exploration de la fistule, extrêmement douloureuse, n'est possible qu'avec une bougie très-fine qui s'enfonce profondément sans donner de renseignements sur la direction. Je provoquai une consultation, et M. le directeur Rochard (J.) voulut bien se rendre à mon invitation: il conclut dans le sens d'une exploration chirurgicale. La famille hésita de nouveau. Pendant plusieurs mois je cessai de voir le malade.

Dans le courant d'avril 1874, on m'appela de nouveau ; la famille se déclarait résolue à autoriser une intervention active : la situation s'aggravait ; les facultés intellectuelles, la mémoire surtout, déclinaient de jour en jour; il ne pouvait plus ni lire ni écrire, n'avait plus la notion du temps, la vie végétative existait seule; on lui donnait à manger et souvent il laissait retomber sur les draps les aliments qu'on lui introduisait dans la bouche ; il avait des selles involontaires fréquentes.

C'est dans ces conditions qu'on me laissa le champ libre.

Si je pouvais affirmer l'existence d'une compression sur le lobe droit, j'ignorais absolument l'état dans lequel se trouvaient les os et les relations de la fistule avec la cavité purulente.

Les explorations étaient impossibles à pratiquer avec des instruments rigides, en raison de l'hypéresthésie et des sinuosités du trajet.

L'opération fut décidée pour le 22 juin 1874.

Mon cher maître M. Rochard voulut bien m'assister de ses précieux conseils, et de son active collaboration, j'avais comme aides M. Vaillant, médecin de 1re classe, agrégé, et M. Rochard fils, étudiant en médecine.

Le chloroforme nous paraissant dangereux, nous eûmes recours à l'anesthésie locale par la glace et le sel marin.

La fistule siégeait à la partie supérieure du front à 2 centimètres à droite de la ligne médiane, un lambeau semi-lunaire à base supérieure,

à sommet, passant par la fistule, fut relevé en haut; ce lambeau comprenait le périoste.

L'anesthésie locale avait été incomplète, et le décollement du périoste provoqua des mouvements énergiques du malade. Ces mouvements étaient surtout d'ordre refléxe : l'opéré n'avait nulle conscience de ce qu'on lui faisait; à peine le coup de bistouri donné, il oubliait la douleur, retombait dans l'hébétude pour s'agiter à nouveau sous la manœuvre. Tel un animal privé d'hémisphères réagit un moment sous l'influence d'une excitation extérieure, pour demeurer immobile jusqu'à ce qu'une nouvelle excitation intervienne.

Rien de plus étrange que cette figure ahurie, grimaçante, sous le sang qui ruisselait de petites artérioles. Après avoir desséché la plaie, j'appliquai la large couronne du trépan, je procédai avec lenteur, retirant de temps en temps l'instrument pour explorer la rigole, je tournai toujours atteignant successivement une profondeur de 1 centimètre, 1 centimètre 1/2 dans un tissu éburné; la pyramide était entièrement rentrée, le curseur enlevé; à un moment donné les dents ne mordent plus, le bouchon osseux remplit toute la cavité de la couronne; une aiguille fine introduite dans la rigole ne permet de constater aucune ouverture dans le crâne, à ce moment, la rigole a près de 2 centimètres de profondeur.

A l'aide de la jouge et du marteau je fais sauter la couche superficielle du disque osseux : l'exploration de la fistule devient alors assez facile à l'aide d'un stylet fin recourbé; je constate que le segment inférieur de la couronne affleure la paroi inférieure d'une cavité assez vaste; quelques gouttes de pus sortent en même temps. Après quelques tours de trépan, le disque s'ébranle, le tire-fond est introduit, et j'entraîne avec effraction un long bouchon osseux : en même temps un flot de pus verdâtre inonde la face du blessé; cet écoulement se fait par saccades isochrones aux battements du pouls.

Après des manœuvres longues, pénibles, poursuivies avec prudence, mais sans hésitation, nous avions atteint notre but et notre intervention se terminait par un coup de théâtre qui ne laissait pas que d'être émouvant, l'issue abondante par flots saccadés d'un liquide purulent, dont on peut évaluer la quantité à 250 grammes au moins.

La cavité fut lavée à diverses reprises à l'aide d'une émulsion étendue de coaltar saponiné, un gâteau de charpie fut appliqué sur le front, et nous laissâmes le malade après avoir constaté un réveil très-manifeste des facultés intellectuelles.

Durant les premiers jours tout marche bien, la cavité se rétrécit de jour en jour; en l'éclairant avec le miroir frontal, on aperçoit le mouvement d'expansion de ses parois qui présentent une teinte rose vif. Le pansement consiste en injection au coaltar saponiné étendue au quart. Introduction d'un tube en caoutchouc au centre de la cavité, et pansement humide.

Chaque jour l'intelligence renaît, il parle de ses affaires, prend plaisir à évoquer les souvenirs qui lui sont communs avec les personnes qui viennent le voir ; la vue reste toujours trouble.

29 *juin.* — La situation a changé : des visites intempestives ont fatigué le malade. Pendant la nuit, il s'est levé fréquemment, lavant sa plaie à l'eau froide pendant que le garde sommeillait. Il y a eu un peu d'excitation.

Pouls à 96. — T. 38. 6.

Je prescris une potion morphinée, le malade repose 1 heure 1/2. Il se trouve beaucoup mieux à son réveil.

Séro. — T. 38. 4. — P. 88.

30 *juin.* — Malgré la potion morphinée ; le malade n'a pu dormir. Il a divagué toute la nuit, croyant voir des objets fantastiques dans ses rideaux.

Mani. — P. 96. — T. 38. 2. — Lavement purgatif.
Séro. — P. 104. — T. 38. 4.

Obnubilation des idées. Répond assez bien aux questions adressées, mais abondonné à lui-même, il exprime des idées saugrenues.

La plaie est en bon état, la langue humide, en somme, la température n'est pas assez élevée pour faire soupçonner le début d'une méningite.

Potion morphinée à 50 grammes.

1er *juillet.* — Malgré l'ingestion de 50 *grammes de sirop de morphine* à doses réfractées, la nuit n'a pas été très-calme. Il s'est tourné et retourné dans son lit, demandant à changer les pièces de pansement, bavardant, divaguant, tiraillant les draps, poursuivi par des visions fantastiques. Bien que le malade n'ait pas eu des habitudes alcooliques avant sa maladie, il est certain qu'il présente tous les symptômes « du délire nerveux. »

P. 100. — T. 38. 5.

Séro. — Après avoir pris un potage avec plaisir, le malade dort d'un sommeil calme près de 4 heures; il a eu deux selles copieuses provoquées par un verre de limonade purgative.

Changement à vue.

P. 88. — T. 38. 3.

La plaie à très-bon aspect. La cavité renferme de 30 à 35 grammes de liquide. Vers la fin du pansement un peu d'excitation se manifeste.

Potion avec sirop de morphine, 30 grammes.

2 *juillet.* — Nuit excellente, un verre de limonade purgative.

Le matin. P. 88. — T. 38. 2.
Séro. P. 84. — T. 37. 6.

A partir de ce moment tout marche régulièrement. L'intelligence est nette. Il commence à déchiffrer les caractères du *Petit Journal.*

6 *juillet.* — Il écrit très-correctement et en ligne droite. Vers la fin de juillet, M. V..... sort et se promène droit, la tête haute, ce qui frappe d'étonnement les personnes qui, quelques mois auparavant, l'avaient vu courbé, affaissé sur lui-même.

Sur tout le pourtour de la brèche osseuse existent des points dessudés qui entravent la cicatrisation.

Je parviens à extraire en deux fois deux lamelles osseuses qui, juxtaposées, forment un cylindre complet.

La cicatrisation marche dès lors très-rapidement, une petite canule d'argent de 7 millimètres de diamètre est maintenue à demeure; la cavité ne contient plus que 20 à 25 grammes de liquide, puis, au bout de quelques semaines, on ne peut plus introduire que quelques grammes (8 à 10 grammes).

Un an après l'opération, les résultats ne se sont pas démentis; il conserve par précaution une petite canule qui reste débouchée pendant la nuit et ne contient que 3 grammes de liquide clair et limpide [1].

Le réveil de toutes les fonctions avait été rapide. 2 mois après l'opération, M. V... avait repris la direction de ses affaires qu'il négligeait complétement depuis 5 ans, la vigueur musculaire avait reparu en même temps que l'énergie cérébrale.

Ce fut une véritable résurrection, et lorsque je le vis vers cette époque, sautant lestement dans un tilbury, conduisant d'une main sûre un cheval ardent, j'éprouvai une satisfaction réelle en songeant au misérable gâteux à l'œil éteint, si heureusement transformé par l'intervention chirurgicale.

Réflexions.

Examen du cylindre osseux enlevé par le trépan. — Il représente un véritable bouchon éburné mesurant 24 millimètres de hauteur, si l'on tient compte de la portion rabattue par la gouge. Tel quel, il remplit exactement la cavité de la couronne. Examiné immédiatement après l'opération, il est traversé dans toute sa hauteur en un point voisin de la circonférence par un canal sinueux qui laisse difficilement passer une très-fine bougie n° 3. Ce canal s'élargit en entonnoir du côté de la cavité crânienne. Après dessiccation et la disparition des granulations qui l'obstruent, il laisse passer une bougie de 1 millimètre 1/2. — On n'aperçoit pas de trace de diploé.

En étudiant au microscope une coupe mince comprenant toute la hauteur du cylindre, on constate que les ostéoplastes sont très-abondamment répandus autour d'un système irrégulier de canaux de Havers. Les relations de la face profonde du bouchon osseux avec la dure-mère m'ont paru être les suivantes : cette membrane adhérait jusqu'au voisinage de l'orifice intérieur. — Après l'opération, on voyait au fond du pertuis un orifice plus étroit à bords membraneux.

[1] M. V... dont la santé reste parfaite, maintient encore une petite canule dans le trajet; il n'y a plus de cavité.

Pathogénie.—Des suppurations de longue durée ont été signalées par divers auteurs à la suite de plaies de tête. On les a rattachées tantôt à une carie de la voûte, tantôt à des nécroses, ou enfin à des abcès enkystés du cerveau.

Dans le cas actuel, il s'agissait évidemment d'un abcès du cerveau dont je m'explique le mode de développement de la manière suivante : fracture du frontal, contusion du cerveau ou épanchement sanguin ; formation de pus sous la dure-mère déchirée, issue du liquide à travers un interstice de la plaie ; formation d'une fistule osseuse donnant lieu de temps en temps à l'écoulement d'un liquide séro-purulent. A diverses reprises, le malade a pu se croire guéri. Sous l'influence de poussées inflammatoires successives, pendant 38 ans, les couches osseuses se sont multipliées. Si, au début de la lésion, alors que le frontal était peu épaissi, on avait eu l'idée de glisser une canule métallique dans le trajet osseux, on pouvait obtenir la guérison sans recourir à la trépanation. A la suite d'oblitérations réitérées du trajet fistuleux, la cavité purulente s'agrandit, une compression permanente s'établit, les fonctions cérébrales déclinent de jour en jour, la nutrition est languissante, l'amblyopie est très-prononcée, la marche difficile, la terminaison fatale n'est plus éloignée. La trépanation peut seule le sauver : le succès est complet.

Après l'opération, le réveil des facultés intellectuelles s'explique tout naturellement par la décomposition qui en fut la conséquence : dès les premiers jours, la mémoire du passé reparut avec une lucidité parfaite ; l'opéré, ai-je dit, mettait une véritable coquetterie à évoquer le souvenir de mille petits détails qui lui étaient communs avec les personnes qui le voyaient. Le jugement est encore incertain, l'attention ne peut se fixer longtemps sur le même objet, et pour peu qu'on insiste, le raisonnement s'égare. — La vision se rétablit assez lentement. — Il ne peut lire le *Petit Journal* qu'au bout de 3 semaines : à ce moment, il peut écrire correctement et en ligne droite, ce qu'il n'avait pu faire depuis un an.

Avant d'atteindre le but, la cure a été traversée par des incidents qui m'ont causé quelque inquiétude : j'étais un peu rassuré par ce fait que jamais le thermomètre n'a dépassé 38,6. Or, cette constatation pendant le délire qu'il présenta me permit d'éloigner l'hypothèse d'une méningite et me conduisit à l'emploi de la morphine à haute dose.

Cette observation m'a paru digne d'être communiquée à la Société de chirurgie. J'aurais pu donner plus de développement à l'analyse des troubles fonctionnels résultant de ce vaste abcès du cerveau. On voudra bien m'excuser en songeant que les graves préoccupations de l'opérateur ne lui permettent pas toujours de

servir aussi complétement qu'il serait désirable les intérêts de la physiologie.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Larrey. La question des *corps étrangers de l'œsophage*, notamment à propos des pièces de monnaies, me rappelle un fait dont j'ai été témoin autrefois, à l'Hôtel-Dieu, dans les dernières années de la pratique de Dupuytren.

On venait d'amener à sa leçon de clinique, un homme ayant fait le pari d'avaler une pièce de cent sous ; mais le corps étranger s'était arrêté vers le milieu de l'œsophage, qui, par la distension de ses parois, s'était rétréci au-dessus et au-dessous du point dilaté par la pièce d'argent. De là l'impossibilité de l'extraire par la bouche ou de la refouler dans l'estomac, à l'aide des instruments usuels.

On envoya chercher, en toute hâte, chez Charrière, le crochet à double valve, appelé aujourd'hui le panier de Graefe. Dupuytren s'en servit aussitôt si habilement, que la pièce de cent sous, accrochée par son bord inférieur, fut à l'instant extraite de l'œsophage et rejetée à distance hors de la bouche. La foule d'élèves qui remplissait l'amphithéâtre ne put s'empêcher d'applaudir spontanément à cette sorte d'escamotage.

Je pensais citer d'autres faits moins heureux que celui-là, se rapportant aussi à des pièces de monnaie, et même deux, observés par mon père, ayant trait à des pièces de cinq francs, si je ne croyais plus à propos d'indiquer des cas moins connus.

Lorsque autrefois, dans l'armée, les soldats étaient astreints à manger à la gamelle commune, il arrivait trop souvent que des hommes avalaient précipitamment des os ou des morceaux de viande susceptibles de s'arrêter non-seulement dans l'œsophage, mais encore dans le pharynx, et de provoquer même la mort par asphyxie, sans que des secours assez prompts pussent leur être apportés.

Cette coutume ancienne de la gamelle commune avait un autre inconvénient plus grave encore par sa fréquence, c'était la *stomatite ulcéreuse des soldats* que j'ai maintes fois observée même sous la forme épidémique, dans les hôpitaux militaires, et souvent décrite dans mes leçons du Val-de-Grâce, avant les publications intéressantes dont elle a été le sujet.

Aussi me suis-je efforcé, de 1850 à 1851, de démontrer à l'autorité militaire les graves inconvénients de cette sale coutume, et ai-je eu la satisfaction, vers la fin de l'année 1852, de voir une décision ministérielle prescrire la substitution des gamelles individuelles à la gamelle commune dans tous les corps de troupes. Il

en résulte aujourd'hui que la stomatite ulcéreuse des soldats est devenue aussi rare que l'asphyxie par des portions d'aliments dans le pharynx et l'œsophage.

M. Marjolin. Un des faits les plus curieux de corps étranger de l'œsophage est le suivant. Des enfants jouaient à la pêche; l'un, armé d'une ligne au bout de laquelle était un hameçon, présentait cette ligne à ses petits camarades; l'un avala l'hameçon qui s'implanta dans l'œsophage et ne put être retiré; par bonheur le fil ne fut pas cassé. Le médecin eut l'ingénieuse idée de faire glisser une tige d'oignon le long de ce fil et put ainsi faire sortir l'hameçon accroché dans l'œsophage.

Lectures.

M. Nepveu lit un mémoire intitulé : *Contribution à l'étude du lymphangiome de la langue.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Tillaux, Sée, Verneuil.)

M. Philippe donne lecture d'un travail intitulé : *De l'emploi des injections de morphine dans la réduction des hernies.* (Commission : MM. Houel, de Saint-Germain, Ledentu.)

Présentation de pièces.

par M. Léon Le Fort.

M. Léon Le Fort. La pièce que je présente à la Société provient d'une opération que j'ai faite ce matin : c'est le gros orteil d'un homme âgé de 75 ans, orteil envahi complétement par une tumeur sur la nature de laquelle je ne suis pas encore complétement fixé.

Cette tumeur a débuté, il y a 18 mois, par du gonflement, principalement à la face plantaire de l'orteil; à cette époque il n'y avait pas de douleur.

Il y a 1 an la douleur se montra au niveau de l'articulation interphalangienne en même temps qu'il survenait de la rougeur sur la face dorsale de l'orteil. Le gonflement qui se montra à la même époque devint bientôt extrême. Il y a 3 mois un léger suintement que le malade compare à de la sueur se montra vers la matrice de l'ongle et un mois après, c'est-à-dire il y a 2 mois, l'ongle se détacha.

Lors de l'entrée du malade à Beaujon, le 30 janvier, l'orteil présente le volume qu'on lui voit sur ce moulage, mais le gonflement

quoique excessif, respecta la forme de l'orteil. La tumeur a 19 centimètres de longueur et 39 centimètres de circonférence. La peau est rouge, mais a conservé à peu près son aspect normal. Trois ulcérations existent à la surface du pouce, l'une au niveau de la matrice de l'ongle, laquelle bien que fort dilatée a conservé sa forme, mesure 7 centimètres de large sur 5 centimètres de long. Deux autres ulcérations de l'étendue d'une pièce de 50 centimes existent au niveau du pli articulaire des deux phalanges, l'un à sa face dorsale, l'autre à sa face plantaire. Les quatre derniers orteils, intacts en apparence, sont déjetés en dehors et en arrière sur le côté de la tumeur. Un sillon assez profond sépare la tumeur du reste du pied, le malade peut communiquer des mouvements à cet orteil si volumineux.

La tumeur est fluctuante, molle, donne naissance assez fréquemment à des hémorrhagies par les petites ulcérations signalées plus haut, sa nature cancéreuse ne saurait faire doute. Il n'y a pas de retentissement sur les ganglions.

Ce matin 14 février, j'ai enlevé la tumeur avec le premier métatarsien, et le second orteil se trouvant légèrement envahi par sa face interne, je l'ai également enlevé avec le métatarsien correspondant. L'opération et le pansement ont été faits avec les précautions méticuleuses qui caractérisent le pansement de Lister. Nous verrons quelles en seront les suites. La tumeur incisée se présente sous la forme d'un sac cutané renfermant une matière colloïde, teintée du sang par plaies. Elle s'échappe au dehors comme une gelée et le contenu ressemble à un détritus gélatineux. Est-ce un cancer colloïde ? La rapidité de la marche, la physionomie extérieure, la tendance aux hémorrhagies tendent à le faire croire. Serait-ce un enchondrome ramolli ? On pourrait également le penser par suite de cette circonstance que la phalangette détruite et dont il ne reste que des fragments paraît avoir été le point de départ du mal. Toutefois je penserais plutôt à un cancer colloïde, mais l'examen histologique nous fixera bientôt sur ce point.

Nouveau procédé pour la guérison du prolapsus de l'utérus.

M. Léon Le Fort. Le 10 novembre 1876, entra dans mon service à l'hôpital Beaujon, une femme de 48 ans, exerçant la profession de blanchisseuse, et atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus. La maladie paraît remonter à 6 mois seulement. Cette femme avait eu trois enfants, dont le dernier a 11 ans, toutes les couches ont été normales et la menstruation constamment régulière. Au mois de mai dernier elle vit apparaître à la vulve une tumeur

assez singulière dont l'issue se fit d'abord d'une façon intermittente et par intervalles de 15 jours environ. La tumeur après être restée plus ou moins longtemps dehors rentrait spontanément.

A partir du mois d'octobre l'accident se renouvela tous les jours et la tumeur prit le volume qu'elle avait lors de l'opération. 8 jours enfin avant l'entrée à l'hôpital la réduction devint impossible et il survint des douleurs accompagnées d'une sensation pénible de pesanteur.

Au dehors de la vulve on trouve une tumeur conoïde dont la grosse extrémité est dirigée en bas, et dont le sommet correspond à l'entrée du vagin. A sa base existe une ulcération circulaire, située autour d'une ouverture infundibuliforme. Cette tumeur mesure 11 centimètres de longueur, 18 centimètres de diamètre à sa base et 10 centimètres à son sommet. La surface externe se joint sans ligne de démarcation avec la muqueuse vulvaire immédiatement en arrière des grandes lèvres. L'ouverture située à la base permet l'introduction de l'hystéromètre qui pénètre à une profondeur de 7 centimètres.

L'orifice uréthral est apparent au-dessus et en avant du pédicule; pour y faire pénétrer la sonde on est obligé d'incliner l'instrument de haut en bas et d'arrière en avant (la malade étant dans le décubitus dorsal) on sent alors le bec de la sonde qui a pénétré vers la base de la tumeur; la vessie a donc été entraînée dans le mouvement de descente de l'utérus et du vagin.

La malade demande à être débarrassée de son infirmité et préfère une opération, quelle qu'elle puisse être, à la nécessité de porter un bandage quelconque. J'avais donc à me demander à quel procédé je pourrais avoir recours, et je dois dire tout d'abord que les procédés connus ne me satifaisaient que fort incomplétement. L'excision linéaire de quelques plis du vagin comme le faisait Dieffembach et Marshall-Hall, la cautérisation pratiquée par Laugier, Desgranges, Velpeau ne pouvaient me laisser espérer un résultat utile, non plus que l'excision sur la paroi antérieure de deux lambeaux de muqueuse, séparés par un intervalle et réunis par la suture, comme le faisait Jobert.

Le procédé de Sims consistant en deux avivements pratiqués sur la paroi antérieure du vagin, réunis en bas, espacés en haut; ou bien ce même procédé modifié par Emmet et plus tard par Panas, par l'adjonction d'un avivement transversal à la base du V qui se trouvait transformé en un triangle, pouvait me laisser espérer une guérison, puisque Sims, Panas et d'autres en ont obtenu; mais il a contre lui la longueur et la difficulté de l'opération, puisqu'on agit au fond du vagin après qu'on a au préalable réduit l'utérus.

Le procédé de Baker Brown, imité de celui de Fricke (de Hambourg), et consistant en un avivement de la face postérieure des grandes lèvres ou de la fourchette, et en même temps des parties voisines du périnée, ne m'eût pas rassuré suffisamment contre une récidive. J'aurais préféré dans ce cas l'occlusion à près complète de la vulve, comme le pratiquent Kurhler, de Darmstadt, et Th. Anger, ou le rétrécissement simultané de la paroi postérieure du vagin et de l'orifice vulvaire, d'après le procédé de Simon, mais je trouvai à ces procédés quelques inconvénients tels que l'impossibilité à peu près complète de la copulation, et pour celui de Simon quelques dangers démontrés par l'expérience. Je cherchai donc s'il était possible de trouver un procédé meilleur que ceux qui existaient déjà dans la pratique. Or, chez ma malade, comme chez presque toutes celles qui se trouvent dans le même cas, l'utérus ne sort pas le premier de la vulve entraînant avec lui la paroi antérieure et la paroi postérieure du vagin. En général, ce qu'on remarque d'abord, c'est une cystocèle, c'est l'issue au dehors de la vulve de la paroi antérieure du vagin, issue de plus en plus notable, et c'est comme entraîné par le prolapsus de la cloison vésico-vaginale que l'utérus finit par arriver à la vulve et hors de la vulve ; ce qui sort d'abord, c'est la partie de la muqueuse vaginale la plus rapprochée de la vulve, le reste suit comme par une sorte de déplissement. Le même effet se produit sur la paroi postérieure, de telle façon qu'au fur et à mesure que l'utérus descend, les parties de la paroi antérieure et de la paroi postérieure du vagin en contact médiat, ou du moins en rapport lorsque le vagin est à l'état normal, s'écartent de plus en plus l'une de l'autre pour laisser passer les parties les plus profondes du vagin et enfin de l'utérus. Les retenir en rapports, les empêcher de s'écarter pour se porter l'une avant l'autre en arrière, c'est s'opposer à tout prolapsus. Ce que j'ai donc cherché, c'est à rendre ce contact permanent, intime, en avivant au même niveau les parois antérieure et postérieure du vagin et en les réunissant par la suture.

Suturer ainsi ces parois sur une certaine hauteur, c'était cloisonner le vagin ; mais les faits si nombreux réunis dans ma thèse d'agrégation sur les vices de conformation du vagin ont montré que le cloisonnement vertical même complet du vagin, gêne à peine l'accouchement et ne gêne pas du tout la copulation. Or je n'avais besoin de pratiquer qu'un avivement et un cloisonnement partiels.

Ce n'est pas tout encore, dans les procédés dans lesquels on agit sur la muqueuse vaginale (procédés de Sims, d'Emmet, de Panas) on opère après la réduction de l'utérus, au fond du vagin, et l'opération longue, laborieuse est plus difficile, plus fatigante peut-être

qu'une opération de fistule vésico-vaginale. Dans mon procédé tout peut au contraire se faire à l'extérieur et avec une extrême facilité. Voici comment je l'exécutai.

L'utérus étant tout à fait hors de la vulve, je fis d'abord sur la paroi antérieure, puis sur la partie postérieure du vagin deux avivements de 6 centimètres environ de longueur sur 2 de largeur portant sur la partie la plus rapprochée de la vulve ; cela fait, je réduisis l'utérus assez pour mettre en rapport les extrémités de ces deux surfaces d'avivement dans leur partie la plus rapprochée de l'utérus et j'appliquai sur ce bord transversal 3 points de suture ; puis de proche en proche et réduisant au fur et à mesure l'utérus, je suturai les bords latéraux correspondants, passant le fil de la plaie faite à la paroi vésico-vaginale à la plaie faite à la paroi vagino-rectale. La réduction de l'utérus devenait ainsi de plus en plus complète et quand les deux bords des deux surfaces avivés furent suturés, la réduction était complète. On comprend toutefois que dans ce procédé comme dans celui de Sims, de Panas, les fils ayant servi à la suture sont difficilement accessibles lorsqu'après quelques jours la réunion s'est effectuée. Prévoyant cela, je laissai aux fils un assez grande longueur dans leur partie tordue afin de les saisir facilement lorsqu'ils seraient devenus libres par la section des parties embrassées par leur anse.

L'opération fut faite en décembre 1876, la guérison se fit sans aucun accident, il n'y eut même pas de fièvre traumatique. Le résultat fut complet, l'utérus était parfaitement maintenu, et lorsqu'après avoir fait accroupir la malade on la faisait tousser ou faire des efforts, rien ne paraissait avoir de la tendance à sortir de la vulve, il n'y avait même pas de refoulement appréciable.

J'aurais donc pu borner là mon intervention, et je l'aurais fait certainement si je n'avais eu pour but que de montrer l'heureux effet de mon procédé dans toute son intégrité. Toutefois, en raison de la laxité, de la largeur anormale de la fourchette, j'ai craint que l'absence de tout soutien du côté de la vulve vînt compromettre le résultat, et après avoir fait prendre la photographie des régions opérées, afin d'en constater l'état réel, je rendis le résultat absolument certain en faisant, le 24 janvier, vers la fourchette et sur les parties voisines, un avivement comme dans le procédé de Baker Brown. Je fis la suture à deux étages, suivant mon procédé déjà décrit, c'est-à-dire au moyen de fils passant au travers d'un bout de sonde pour la suture profonde, et de points entrecoupés pour la suture superficielle. J'enlevai les sutures le sixième jour, 30 janvier. La réunion est incomplète dans les parties superficielles, mais elle est complète profondément, et lorsque la malade sort, le

6 février, la réunion est complète et définitive dans toute l'étendue et sur toute la surface de l'avivement. Je ne puis douter d'une guérison solide et définitive.

Discussion.

M. Desprès. La date de 6 semaines ne me paraît pas suffisamment éloignée, pour qu'on puisse connaître le résultat de l'opération; quant à moi, j'ai toujours observé que, si on ne fait pas porter aux malades un appareil qui protége le périnée, la chute se reproduit.

Chez les femmes âgées, je ferme complétement la vulve, sauf à la partie postérieure où je laisse un pertuis pour les mucosités vaginales, car, en ce point la suture manquait par suite de l'accumulation du liquide. Avec cette oblitération presque complète de la vulve, la matrice tend à faire hernie lorsqu'on met la malade dans la position propre au travail de l'accouchement. Chez les jeunes femmes, je me contente de la pelote périnéale. En résumé, je dirai que les malades doivent être revues au bout d'un an, car pour moi il n'y a pas de guérison définitive par l'intervention chirurgicale.

M. Verneuil. La date de l'opération a une grande importance. Je crois à l'inefficacité habituelle de ces tentatives et, en outre de mon expérience personnelle, j'en puise la preuve dans les publications des journaux, particulièrement des journaux anglais, *Medical Times*, *Lancet*, où il y a eu dans ces derniers temps une véritable éruption d'observations avec nouveaux procédés opératoires. Toutes les malades étaient opérées pour la seconde, la troisième fois ; il fallait donc mettre à leur avoir un ou plusieurs insuccès.

Une seconde objection porte sur la persistance des rapports conjugaux ; dans un de mes faits où l'oblitération paraissait très-solide, le coït l'a détruite.

M. Lucas-Championnière. Je ne puis, en raison du peu de temps écoulé, rien préjuger de l'opération de M. Lefort. L'opération de Sims est une bonne opération et, sans prétendre que le col de l'utérus ne puisse à sa suite affleurer la vulve, on obtient au moins une grande amélioration.

M. Anger. Je rappelerai que j'ai suivi 18 mois une femme que j'ai opérée par mon procédé : bien que les efforts de toux fassent bomber la vulve, la malade ne porte ni pessaire ni ceinture.

M. Tillaux. Je crois qu'au point de vue de la durée presque toutes les opérations échouent contre le prolapsus, la cicatrice se distend; ainsi dans le procédé de M. Lefort, un des vagins peut s'agrandir et livrer passage à l'utérus.

Notre collègue a parlé de rectocèle; autant la cystocèle est commune, autant la rectocèle est rare, et cela s'explique par l'indépendance des parois vaginale et rectale qui glissent l'une sur l'autre tandis qu'en avant le vagin et la vessie sont adhérents.

L'opération que j'oppose au prolapsus est une vulvoraphie. Voilà comment je la fais. Je ne fais pas de perte de substance ; je dédouble les grandes lèvres jusqu'à l'urètre, mais sans toucher à la vulve du vagin, puis je fais une suture médiane. Je n'ai pas ainsi la prétention d'empêcher l'utérus de descendre, mais les malades peuvent ainsi porter un pessaire ou une ceinture.

Relativement à la durée de l'affection, je tiens à voir établir la distinction entre les prolapsus anciens ou récents. En général cette affection est de date ancienne, elle se produit graduellement, et rentre avec facilité. A côté de ces faits habituels, il y a des prolapsus auxquels on pourrait appliquer le nom de luxations de l'utérus, et qui se produisent sous l'influence d'un effort violent; on a de la peine à les réduire, et si on y arrive au bout d'un certain temps, comme je l'ai vu dernièrement, l'utérus ne ressort pas.

M. Polaillon. A l'occasion de ce dernier fait, je demanderai à M. Tillaux, si la malade chez laquelle il a observé ce prolapsus instantané n'était pas enceinte. Il y a quelques temps, j'ai observé une jeune femme qui a eu un prolapsus à la suite d'un violent effort. J'ai réduit, avec facilité et l'utérus étant trè-douloureux, j'ai maintenu ma malade au lit et lui ai placé un anneau de Gairal modifié par Dumont-Pallier : au bout de 3 ou 4 semaines la malade s'est levée et je me suis aperçu qu'elle était enceinte.

On voit assez souvent les déplacements de la matrice au début de la grossesse, mais les prolapsus sont rares.

M. Tillaux. La malade dont j'ai parlé n'était pas enceinte.

M. Léon Le Fort. MM. Verneuil, Desprès, Tillaux doutent de la permanence de la guérison dans le cas dont je viens de donner l'histoire ; c'est leur droit, et je suis convaincu que l'avenir leur donnera tort. Mais ils vont beaucoup trop loin lorsqu'ils regardent comme impuissante contre le prolapsus toute opération chirurgicale ; il ne faudrait pas ainsi englober dans une même réprobation tous les procédés ; il faut éviter les arrêts rendus *à priori*, et la

négation de nos collègues ne saurait prévaloir contre les faits. Sans en citer un certain nombre publiés dans les recueils étrangers, il me suffit de trouver, parmi les collègues qui nous écoutent, des chirurgiens ayant eu des succès, soit par l'opération de Sims modifiée, comme M. Panas, soit par l'occlusion incomplète de la vulve, comme M. Th. Anger. Si j'ai cherché un autre procédé, ce n'est pas, comme l'a dit M. Tillaux, parce que ces procédés échouent, c'est parce qu'ils ne me satisfont pas. L'occlusion de la vulve a des inconvénients d'autant plus grands que la femme est plus jeune; le procédé de Sims a contre lui sa difficulté d'exécution. Je crois avoir imaginé un procédé aussi sûr, ayant moins d'inconvénients pour la malade et remarquablement facile pour le chirurgien. On ne peut, disent MM. Desprès et Tillaux, espérer de guérison solide, l'opération doit avoir pour but unique de permettre l'application plus facile d'une pelote périnéale. Mais si les malades se soumettent à une opération, si elles la sollicitent, c'est précisément afin d'échapper à cette nécessité si fâcheuse du port d'un appareil. Les appareils, et je parle des appareils suffisants, ne manquent pas et il n'est pas besoin d'opération pour les rendre efficaces.

Le pessaire Gairal, dont le pessaire Dumont-Pallier n'est qu'une contrefaçon, pour employer une expression adoucie, suffit pour maintenir beaucoup de prolapsus ; quand il est insuffisant, on a à sa disposition toute la classe des pessaires à support périnéal, tous les hystérophores, et pour ma part, je ne pratiquerais pas la vulvoraphie chez une femme, de quelque âge qu'elle fût, avec la perspective assurée de la condamner ensuite à porter un appareil. L'occlusion complète de la vulve, même contre la fistule vésico-vaginale inopérable peut céder, dit M. Verneuil qui en a vu un exemple, aux efforts d'un mari luttant contre l'œuvre du chirurgien.

Ce fait suffirait à démontrer les inconvénients de l'occlusion vulvaire dans le prolapsus et l'avantage des procédés qui amènent la guérison sans faire obstacle au coït. Mais si cette occlusion a pu céder, si elle cède quelquefois, cela tient à ce que la réunion s'est faite par une surface linéaire. J'ai montré déjà, ici et ailleurs (Malgaigne, 2[e] vol.), que dans la réunion des surfaces avivées, comme dans la fistule vésico-vaginale, l'effet de la suture telle qu'on la pratique d'ordinaire est de rapprocher d'abord les lèvres de chacune des plaies, de réduire leur surface d'abord large à une surface presque linéaire, et l'on s'oppose à cet effet par la suture à deux étages. Une réunion bien effectuée sur une large surface ne céderait pas aux efforts ni de l'utérus ni d'un mari.

En résumé, ce que nous demandent les malades, ce n'est pas de remonter l'utérus à sa place normale, c'est d'empêcher qu'il ne sorte de la vulve, et il importe peu que la vulve soit soulevée dans

les efforts, si cette vulve est assez fermée pour s'opposer à toute issue de l'utérus. Que mon procédé donne une guérison permanente, c'est ce que l'avenir, j'en suis convaincu, se chargera de démontrer; mais ce qu'il est impossible de nier, c'est que certains procédés, présentant pour la malade ou pour le chirurgien des inconvénients que le mien ne possède pas, ont procuré des guérisons complètes et permanentes.

M. Panas. Il résulte de cette discussion que la question n'est pas résolue dans l'esprit de nos collègues. Le seul moyen de mettre fin aux dissentiments, c'est d'apporter des faits, et je remercie M. Le Fort d'avoir apporté les siens.

La malade dont j'ai rapporté l'histoire est opérée depuis près de 3 ans; elle est complétement guérie, bien que 1 an ou 18 mois après l'opération, elle ait eu une grossesse et un accouchement. Voici un cas de succès.

J'ajouterai qu'il n'est pas nécessaire de faire remonter l'utérus au détroit supérieur; qu'il soit maintenu dans le vagin, qu'il affleure même la vulve, les malades sont délivrées de l'emploi des ceintures et des pessaires. Quant à la leucorrhée dont on a parlé, les femmes atteintes de prolapsus servent à démontrer que la leucorrhée vient bien de la matrice puisque, chez certaines femmes, le vagin entier est cutisé et ne produit aucune sécrétion.

Quant à l'opération de M. Le Fort, j'approuve son principe qui est de faire une opération autoplastique du vagin. Je trouve que son procédé facilite beaucoup l'opération, car, dans l'opération de Sims, les fils sont très-difficiles à passer, surtout pour la partie horizontale de l'avivement.

Je me résume en demandant d'abord des faits; en disant en second lieu que, n'eût-on pas la certitude d'une guérison absolue, il faut chercher à améliorer la position des malades; enfin que cette amélioration est due en sus de l'opération à une espèce de rétraction inodulaire de la vulve et du vagin lorsqu'on a bien exécuté le procédé opératoire.

M. Tillaux. Personne ne conteste qu'il faille opérer dans le cas de prolapsus; je dis seulement que ces opérations sont infidèles et la preuve, c'est que M. Le Fort a cru devoir proposer une opération nouvelle: il n'était pas satisfait des anciennes.

Faut-il faire une opération vulvaire ou vaginale? Je fais la vulvoraphie et j'en obtiens le bénéfice que j'en espère.

M. Le Fort. J'avoue ne pas me rendre compte des objections qu'on a faites à ma communication. MM. Verneuil et Desprès

disent que les opérations dirigées contre le prolapsus ne servent à rien. Si en faisant la vulvoraphie M. Tillaux a toujours été obligé d'appliquer un pessaire, je me demande pourquoi il se décide à la pratiquer ?

M. Tillaux. Bien que je ne guérisse pas mes malades par mon opération, je leur rends le service de leur permettre de supporter un pessaire et de remédier par conséquent à leur infirmité. Je demanderai en terminant à M. Lefort pourquoi il a fait la vulvoraphie puisqu'il n'en a pas besoin pour maintenir l'utérus?

M. Le Fort. La vulvoraphie ne fait pas partie intégrante de mon opération. Si je l'ai faite dans ce cas, c'est que ma malade n'avait pas de fourchette.

En résumé, j'ai la conviction qu'en suturant les parois du vagin, je mets définitivement mes malades à l'abri de la récidive; ce n'est pas une simple amélioration, mais une guérison.

J'ai fait prendre du reste des photographies et on voit très-bien sur l'une d'elles le pont cicatriciel qui retient l'utérus.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire,
Cruveilhier.

Séance du 21 février 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger ;

2° Une brochure de M. Bourguet, membre correspondant, intitulée : *Études cliniques sur la réduction en masse et les hernies à sac intérieur ;*

3° M. Tarnier offre un travail contenant la *Descriptiou de deux nouveaux forceps ;*

4° M. Kœberlé adresse une note sur l'hémostase, comme complément à son mémoire précédemment publié ;

5° M. Hoüel offre le tome premier du *Catalogue des pièces du*

musée Dupuytren. Ce volume est accompagné d'un atlas de 31 planches ;

6° M. le président annonce à la Société la mort de M. Fergusson, de Londres, membre associé étranger.

Rapports.

Rapport sur le mémoire envoyé à la Société de chirurgie par M. J. Fontan et relatif au traitement des hémorrhoïdes par la dilatation forcée des sphincters de l'anus,

par M. Th. Anger.

Messieurs,

M. Fontan, médecin à Lyon, vous a adressé un long mémoire dans lequel il soulève une des questions les plus usuelles de la pratique chirurgicale. Il s'agit du traitement des hémorrhoïdes et plus spécialement de savoir si la dilatation forcée de l'anus guérit cette affection. L'auteur commence son travail par une revendication de priorité en sa faveur. En vain M. le professeur Verneuil est-il amicalement intervenu pour lui faire observer qu'il a été précédé par Lepelletier, interne de Maisonneuve, dont la thèse remonte à 1851 : M. Fontan n'en veut pas démordre, et il nous donne une longue analyse de cette thèse pour prouver qu'il a raison. Malheureusement pour lui, son raisonnement est fondé sur une équivoque qu'un esprit moins prévenu eût aisément dissipée. « *Toutes les fois*, avait dit Lepelletier, *que la contracture du sphincter accompagnera l'affection hémorrhoïdale, il faudra la faire disparaître.* » Et de fait il rapporte trois ou quatre observations dans lesquelles on voit M. Maisonneuve employer la dilatation forcée de l'anus pour combattre avec succès des accidents hémorrhoïdaires graves. A ces faits concluants, M. Fontan objecte que le but de Maisonneuve et Lepelletier n'était pas de guérir à proprement parler les hémorrhoïdes, mais seulement leurs symptômes douloureux. Donc, ajoute-t-il, il n'ont pas formulé le traitement rationnel des hémorrhoïdes.

J'en demande bien pardon à M. Fontan, mais la distinction qu'il veut établir entre l'affection hémorrhoïdale et ses attributs inhérents me paraît aussi spécieuse qu'équivoque. Que demande en effet l'hémorrhoïdaire à son médecin? Avant tout de ne plus souffrir : peu lui importe le reste. Et j'imagine que les opérés de M. Maisonneuve n'eussent pas compris le raisonnement de M. Fontan s'il fût venu leur dire : Oui, c'est vrai, mais il n'a pas eu l'intention de vous guérir.

D'ailleurs, si la thèse de Lepelletier ne lui semblait pas suffi-

samment explicite, M. Fontan eût pu se reporter à l'ouvrage de Maisonneuve lui-même et lire à la page 505 de sa *Clinique chirurgicale,* les lignes que voici :

Les accidents auxquels s'applique la dilatation forcée sont :

1° La fissure anale confirmée ;

2° La contracture sans fissure ;

3° Les hémorrhoïdes avec contracture ;

4° La constipation opiniâtre ;

5° Certains malaises vagues coïncidant avec les garde-robes ;

6° Enfin la dyssenterie chronique avec ténesme.

Tracées à grands traits, comme des axiomes, ces indications n'eussent peut-être pas été oubliées, si l'auteur eût pris la peine de les développer, c'est-à-dire d'en étudier la base, de les montrer sous toutes leurs faces et d'en mieux préciser les heureux résultats.

Mais, à défaut du mérite de la découverte, M. Fontan peut revendiquer celui d'avoir donné à cette question tous les développements qu'elle comporte et que je vous demande, Messieurs, la permission d'analyser aussi brièvement que possible.

Après avoir fait l'historique de la dilatation, l'auteur étudie quelques points de l'anatomie normale et pathologique du rectum. Aucune notion nouvelle ne se dégage de ses descriptions et l'on peut même regretter de n'y pas trouver signalées les différences de structure que M. Gosselin a si bien décrites entre les hémorrhoïdes internes et externes.

Arrivant ensuite à la physiologie normale et pathologique de son sujet, M. Fontan fait jouer un rôle tout à fait prépondérant à la tonicité et à la contracture des tuniques musculaires du rectum. Il y a longtemps que MM. Verneuil et Gosselin avaient signalé le passage des veines hémorrhoïdales à travers les faisceaux musculaires comme une disposition favorable à la stase sanguine dans des veines déjà dépourvues de valvules ; mais ils s'étaient gardés d'en faire la cause primordiale et pour ainsi dire exclusive des varices ano-rectales.

Pour M. Fontan la contracture est tout. « *Même à l'état physiologique,* dit-il, il y a *trois modes d'étranglement des veines hémorrhoïdales, et par extension, trois modes de production des varices ano-rectales :*

1° *Par acton des boutonnières musculaires ;*

1° *Par action simultanée des fibres longitudinales et circulaires ;*

3° *Par action des sphincters interne et externe.* »

Ce rôle attribué aux couches musculaires de l'intestin, me paraît un peu exagéré. Car, s'il était vrai qu'à l'état normal ces muscles

fussent toujours plus ou moins contracturés, personne n'échapperait à la constipation et aux hémorrhoïdes. D'ailleurs, il ne suffit pas de concevoir que les choses puissent se passer ainsi, il faudrait le prouver, et l'on chercherait vainement un fait à l'appui de cette théorie exclusive dans le mémoire de M. Fontan.

La dilatation forcée de l'anus fait disparaître les hémorrhoïdes, donc c'est la contracture qui les produit. *Sublatâ causâ, tollitur effectus*, tel est en résumé le raisonnement qui a conduit l'auteur à admettre une contracture primitive, essentielle, pour expliquer par la compression le développement des bourrelets variqueux. Aussi fait-il bon marché des autres causes locales ou générales telles que l'absence de valvules, la position déclive, la constipation, la grossesse, les affections du foie, le régime, la vie sédentaire, etc... C'est à peine s'il les signale.

N'est-il pas plus vrai de dire avec M. Gosselin qu'il en est des hémorrhoïdes comme des varices des membres? Nous y sommes tous prédisposés par des conditions anatomiques et physiologiques ; mais il n'en est aucune qui soit plus particulièrement susceptible d'exagérer la faiblesse des parois veineuses.

La contracture admise, M. Fontan étudie les formes qu'elle revêt et qui sont d'après lui le *spasme*, la *contracture simple indolente*, la *sphynctéralgie simple*, et enfin la *sphynctéralgie fissurale*. Chacune de ces formes peut être idiopathique, symptomatique ou sympathique.

L'auteur a naturellement un faible pour la contracture idiopathique, dont il a eu besoin pour exposer sa pathogénie hémorrhoïdaire, mais dont il oublie de nous donner la raison d'être et même les signes négatifs auxquels il la reconnaît.

Puis vient l'énumération des symptômes de la contracture ano-rectale, symptômes trop connus pour nous y arrêter. M. Fontan en signale un nouveau, cependant ; il a trait à la modalité (je crois que l'auteur a voulu dire la tonalité) du son dans l'expulsion des gaz intestinaux. Il paraît que le sphincter contracturé ne vibre pas de la même façon que le sphincter relâché. Je laisse à ceux qui ont l'oreille fine le soin de rechercher la valeur intrinsèque de ce nouveau signe, et j'arrive au traitement qui est au fond le but principal et le seul réellement pratique du mémoire.

Sous ce point de vue, les hémorrhoïdes doivent être divisées, d'après M. Fontan, en trois grandes classes :

Les hémorrhoïdes indifférentes ;

Les hémorrhoïdes intolérables;

Les hémorrhoïdes dangereuses.

Par hémorrhoïdes dangereuses, l'auteur entend celles qui sont à *supprimer*, par suite d'hémorrhagies graves ou de dégénérescence

ulcéreuse, cancéreuse, etc... C'est sans doute le désir d'être complet qui a fait admettre cette troisième classe, mais à coup sûr une hémorrhoïde cancéreuse a perdu son nom de famille en se mariant au cancer, et comme de l'aveu de l'auteur cette classe n'est plus justiciable de la dilatation, mieux valait la laisser de côté.

Revenons aux deux premières classes. Contre les hémorrhoïdes indifférentes (et comme elles ne sont pas exactement définies dans le mémoire, je suppose que ce sont celles qui ne se manifestent que par un peu de constipation, de la lenteur dans la défécation, la perte de quelques gouttes de sang), M. Fontan conseille un régime rafraîchissant et des bains. C'est en somme, à ce premier degré, une affection bénigne, pour laquelle les chirurgiens sont rarement consultés et par conséquent n'ont pas souvent occasion d'intervenir.

Mais si les hémorrhoïdes deviennent intolérables, c'est-à-dire si elles sont le siége de fluxions répétées, se réduisent mal, saignent facilement ou s'accompagnent de sphinctéralgie simple ou fistulale, M. Fontan arme le praticien de trois moyens efficaces : le taxis, la compression et la dilatation forcée.

Ce sont les meilleures pages du mémoire. Autant le pathologiste s'était montré faible, incomplet, exclusif dans sa pathologie, autant le praticien nous apparaît sage, prudent et ingénieux au lit du malade. Néanmoins un petit reproche peut être adressé à cette partie du traitement : c'est l'insuffisance d'indications ayant pour but de diriger le chirurgien dans le choix de la compression, du taxis, ou de la dilatation forcée. Ces trois moyens sont décrits longuement, avec un grand luxe de détails, mais il n'est dit nulle part à quels accidents hémorrhoïdaires ils s'adressent, de sorte que le lecteur reste un peu dans l'embarras du choix. M. Fontan eût comblé cette lacune s'il nous eût dit par exemple que la compression était spécialement applicable aux hémorrhoïdes externes turgescentes ; que le taxis avait spécialement en vue les procidences hémorrhoïdaires, et qu'enfin la dilatation forcée devait être réservée pour les hémorrhoïdes procidentes et difficilement réductibles, abondamment et souvent saignantes, prolapsées et étranglées, enfin compliquées de sphinctéralgie simple ou fistulale.

A côté de ces indications on eût aimé voir figurer dans le travail de M. Fontan les contre-indications à l'emploi de ces différents moyens. Serait-il sage et prudent, par exemple, de pratiquer la dilatation forcée à un hémorrhoïdaire dont les varices seraient enflammées ? L'opération n'exposerait-t-elle pas l'opéré à une phlébite suppurative ?

J'espère que ceux de mes collègues qui ont l'expérience du traitement chirurgical des hémorrhoïdes voudront bien répondre à

ces questions et fixer les règles pratiques à cet égard. Pour moi, je n'hésiterais pas à m'abstenir dans ces cas graves, et j'ai souvenir d'un fait où une dilatation brusque et violente, pratiquée chez un individu dont les hémorrhoïdes étaient étranglées et enflammées, fut suivie d'une phlébite suppurative qui disséqua toute la circonférence du rectum, se propagea jusqu'aux racines des corps caverneux et mit en danger la vie du malade. J'ai dit que dans ce cas la dilatation avait été brusque et violente ; peut-être une dilatation douce et méthodique n'eût-elle pas eu les mêmes conséquences, et je me hâte d'ajouter que tel est le mode de dilatation préconisé par M. Fontan. Revenant en effet à la pratique de Récamier, de Maisonneuve et de Monod, il conseille de produire le moins de déchirure possible du sphincter. On éviterait ainsi les larges ecchymoses qui sont trop souvent le résultat d'efforts exagérés et cela sans aucun avantage pour le but à atteindre. En procédant doucement et en dilatant successivement les sphincters suivant leurs principaux diamètres, on vient tout aussi complétement à bout de la contracture et l'on a plus de chances de ménager les hémorrhoïdes. Si celles-ci sont enflammées ou étranglées, et que l'on se décide à intervenir, il est prudent de faire à deux reprises la dilatation en mettant un intervalle de quelques jours entre les deux tentatives.

Il est bien entendu que l'anesthésie est indispensable au double point de vue d'éviter la douleur et les déchirures étendues des sphincters. M. Fontan, élève de l'école de Lyon, emploie de préférence l'éther ; mais les avantages qu'il invoque à l'appui de cette manière de faire sont, à mon sens, contestables. En tout cas, la question du choix de l'anesthésique ne rentre pas assez directement dans notre sujet pour essayer de l'approfondir.

L'opération terminée, aucun pansement consécutif n'est nécessaire ; tout au plus, s'il s'écoule un peu de sang, est-il utile d'appliquer sur l'anus quelques compresses imbibées d'eau froide. Si de grandes suffrances se manifestent au réveil de l'opéré, elles seront plus avantageusement combattues par la compression à l'aide d'un fort tampon d'ouate.

Le travail de M. Fontan se termine par la relation de 8 observations qui constituent la base de son mémoire et que pour cette raison il me semble indispensable d'analyser pour vous permettre de mieux apprécier les conclusions.

Il faut en retrancher la première, car il s'agit d'un individu qui était bien atteint d'hémorrhoïdes, mais portait en même temps une fistule à l'anus. La section du sphincter fut faite avec le bistouri et le malade guérit.

Le deuxième fait est relatif à une femme qui présentait une fis-

sure anale au-dessous d'une petite hémorrhoïde. La dilatation fut faite et donna un bon résultat qui fut confirmé par la malade longtemps après.

La troisième observation est plus intéressante. Une dame était atteinte depuis plusieurs années d'hémorrhoïdes externes douloureuses, turgescentes et souvent saignantes. Il y a 3 ans une crise hémorrhoïdale plus grave que les précédentes se termina par suppuration. L'incision de la fosse ischio-rectale mit au jour un décollement assez étendu du rectum, décollement rebelle qui résista aux pansements les plus méthodiques, aux cautérisations de nitrate d'argent et aux injections de liqueur de Vilatte. M. Fontan s'aperçut alors que l'anus était le siége de spasmes qui faisaient obstacle au recollement des parois de l'abcès, et il pratiqua la dilatation forcée.

A partir de ce moment, la cicatrisation marcha rapidement et plus tard le chirurgien apprit que les hémorrhoïdes avaient elles-mêmes bénéficié de l'opération et qu'elles avaient disparu.

Dans l'observation IV, M. Fontan raconte sa propre histoire, laquelle a été le point de départ de son mémoire. En voici le résumé. A l'armée de l'Est, en 70-71, il fut atteint d'une dyssenterie grave, bientôt suivie de l'apparition d'un bourrelet hémorrhoïdal, avec constipation habituelle, flux sanguin, etc. — Au bout de 3 ans, apparition de douleurs fissurales, qui deviennent atroces. — Le 3 juin 1875, après anesthésie par l'éther, dilatation forcée, brusque et énergique, suivie d'un léger écoulement sanguin. Au réveil, douleurs violentes avec dysurie et strangurie qui durent 8 heures et ne sont calmées que par la compression.

A partir de ce moment, tout rentre peu à peu dans l'ordre : les hémorrhagies disparaissent, plus de douleurs, plus d'appréhension des garde-robes, plus de constipation. Le bourrelet hémorrhoïdal, qui était très-volumineux, diminue de plus en plus au point que M. Fontan se considère comme guéri.

L'observation V se rapproche de la précédente. — Dame de 23 ans. Apparition d'hémorrhoïdes externes, en 1874, pendant la grossesse. Les douleurs deviennent intolérables, et l'on constate une fissure avec contracture violente des sphincters. Le 28 octobre 1875, éthérisation et dilatation brusque dans les deux sens. Au réveil, douleurs violentes, dysurie et ecchymose de la vulve. Les jours suivants, amélioration rapide, plus de turgescence des hémorrhoïdes, qui restent flasques et finissent par disparaître complétement.

Le sixième fait est le plus intéressant, parce qu'il nous permet d'apprécier la valeur d'un moyen de traitement qui a été préconisé par M. Gosselin.

Il s'agit d'un homme de 47 ans, dont les hémorrhoïdes dataient de la jeunesse, et s'aggravaient peu à peu au point de compromettre l'existence. Contracture permanente, crises répétées d'étranglement, hémorrhagies quotidiennes et excessivement abondantes, facies hémorrhoïdaire, épuisement et marasme, rien ne manque au tableau dans cette observation.

Tel était l'état de cet homme lorsqu'en 1867, sur le conseil de M. Gosselin, il se fit pratiquer, par son médecin, 7 ou 8 cautérisations avec l'acide nitrique monohydraté. Ce traitement fut excessivement douloureux, mais il procura, au bout de 2 mois, une guérison relative qui persista jusqu'au milieu de 1869.

Vers cette époque, nouvelle apparition de la contracture avec son cortége habituel : constipation opiniâtre, turgescence et procidence d'hémorrhoïdes internes et externes plus volumineuses que jamais, hémorrhagies quotidiennes graves, jusqu'à 1 litre de sang après chaque garde-robe, au dire du malade, qui tomba dans un état de faiblesse vraiment effrayant.

Aussi, pendant ses dernières crises, il était en proie à une sorte de délire nerveux qui allait jusqu'à la syncope.

Enfin, le 30 novembre 1875, le Dr Berne, aidé par le Dr Fontan, éthérisa le malade et pratiqua la dilatation forcée avec beaucoup de ménagement, pour ne pas léser les hémorrhoïdes qui étaient étranglées et enflammées. Une amélioration rapide de l'état local succéda à l'opération, et le malade reprit rapidement des forces. Un an après il est revu par M. Fontan, qui constata la disparition des hémorrhoïdes, l'aspect presque normal de l'anus et l'absence de procidence hémorrhoïdaire pendant la défécation qui est redevenue facile et quotidienne.

Obs. VII. — Femme de 32 ans : hémorrhoïdes externes, suite de couches, contracture douloureuse de l'anus et turgescence des bourrelets. Opération le 4 février 1876, éthérisation, puis dilatation lente et méthodique des sphincters qui cèdent sans déchirure, douleurs consécutives presque nulles, guérison complète avec affaissement des hémorroïdes dont il ne reste plus que des vestiges.

Enfin, dans la dernière observation, il s'agit d'un homme de 40 ans affecté depuis 15 ans d'hémorrhoïdes externes, de flux sanguin modéré, de crises excessivement douloureuses, surtout dans les derniers six mois.

Au mois d'août 1876, le malade est examiné et l'existence d'une fissure anale entre deux tumeurs hémorrhoïdales est constatée.

MM. Gayet et Fontan, après l'avoir éthérisé, pratiquent une dilatation lente, douce et progressive, qui n'est suivie d'aucune complication douloureuse. Guérison complète en quelques jours et affaissement des hémorrhoïdes.

Après avoir rapporté ces observations, M. Fontan termine son mémoire par les conclusions que voici :

« La dilatation forcée appliquée à la cure des hémorrhoïdes est une opération rationnelle, efficace et innocente. Elle doit être faite avec les doigts et par les moyens dits de douceur. Il convient de la pratiquer, non-seulement contre certaines complications des hémorrhoïdes, telles que la sphinctéralgie simple ou fissurale, mais aussi contre le spasme et la contracture indolente des sphincters. Sont encore justiciables de cette opération les symptômes ordinaires de varices ano-rectales, au premier rang desquelles il faut placer les hémorrhagies, la procidence et la turgescence avec lenteur et difficulté dans la réduction, enfin la constipation et la longue durée de la défécation.

« J'ajouterai incidemment que la dilatation forcée me paraît encore légitime et fondée dans les cas de constipation simple, mais rebelle à tous les moyens médicaux ; et je suis porté à l'essayer, sûr d'avance de supprimer le symptôme le plus fâcheux de la maladie : la lenteur et la difficulté de la défécation. »

Ces conclusions me semblent admissibles et en grande partie justifiées par les observations qui les précèdent. Elles concordent d'ailleurs avec celles toutes récentes que M. Cristofari a émises, sous l'inspiration de M. Verneuil, dans sa thèse inaugurale. Les malades de M. Verneuil, comme ceux de M. Fontan, ont été, je ne dis pas guéris de leurs hémorrhoïdes dans le sens absolu du mot, mais guéris des douloureux et quelquefois graves accidents qui en sont la conséquence. Et, en effet, il importe peu aux malades d'avoir leurs hémorrhoïdes s'ils n'en souffrent plus.

Cette réflexion est motivée par ce fait bien mis en relief par M. Gosselin qu'il est presque impossible, même au toucher, de s'assurer positivement de l'existence ou de la non existence des hémorrhoïdes internes lorsqu'elles ne se font pas jour à travers l'orifice anal. On conçoit dès lors qu'il faille faire des réserves lorsqu'on nous affirme que la dilatation forcée a guéri les hémorrhoïdes par cela seul qu'elles n'ont plus été sensibles à la vue ni au toucher. Ceci posé, je n'hésite point à admettre avec MM. Verneuil et Fontan que la contracture du sphincter anal joue un grand rôle dans la pathogénie des hémorrhoïdes et même dans la constipation; qu'il est prouvé par des faits déjà nombreux que cette contracture tient sous sa dépendance les accidents douloureux des varices ano-rectales, et que par conséquent la dilatation forcée, qui a pour but de vaincre cette contracture, est le meilleur moyen que nous ayons de guérir nos malades. Faite avec douceur et ménagement, cette opération est d'une simplicité et d'une innocuité incontestables, surtout quand on la compare à l'excision, à la ligature

ou à la cautérisation. De plus, elle offre le grand avantage de ne jamais occasionner à sa suite le rétrécissement du rectum, rétrécissement qui est toujours plus ou moins imputable aux autres méthodes de traitement.

A défaut du mérite d'avoir préconisé le premier la dilatation forcée, M. Fontan peut donc revendiquer celui d'avoir tiré de l'oubli où elle était tombée la pratique de M. Maisonneuve, et surtout d'avoir donné à cette méthode les développements indispensables pour en assurer désormais la vulgarisation.

Pour ces raisons, je vous propose :

1° D'envoyer à M. Fontan une lettre de remerciements ;

2° De déposer son mémoire dans nos archives ;

3° D'inscrire son nom sur la liste des membres correspondants de la Société.

Les conclusions du rapport sont mises aux voies et adoptées.

Communication.

M. Trélat. En 1872, j'ai communiqué à la Société un fait assez étrange, relatif à un homme qui avait succombé dans le cours d'une opération faite pendant l'inhalation chloroformique. Ce malade portait à la partie supérieure du cou, du côté droit, une tumeur que j'avais qualifiée d'hypertrophie ganglionnaire : une seconde tumeur existait aussi à la cuisse, et nous trouvâmes à l'autopsie des tumeurs semblables dans les vertèbres, la rate, le foie. Le microscope montra que nous avions affaire à des lymphadénômes. Diverses communications furent faites à ce sujet, dont une par M. Lannelongue; j'acquis alors la conviction que ces tumeurs sont douées d'une puissance de généralisation telle, que si on pouvait d'avance faire le diagnostic, il faudrait se garder de faire l'opération. Mais pouvions-nous faire ce diagnostic ? Nous arrivâmes, M. Panas et moi, à cette formule : Si à la tumeur principale sont jointes d'autres tumeurs; si de plus il y a des troubles fonctionnels indiquant que le foie et la rate sont malades, il faut s'abstenir de toute intervention.

Les hasards de la clinique ne m'ont mis que l'année dernière en présence d'un fait analogue. Je ne vous entretiendrai pas des phases par lesquelles j'ai passé pour arriver à la constitution nosologique de ce fait. Il s'agissait d'un homme de 56 ans, porteur d'une tumeur au testicule gauche. Nous apprîmes qu'à l'âge de 12 ans il avait reçu un coup sur les bourses ; qu'il avait été réformé pour une affection des organes génitaux, probablement un varicocèle, qu'ayant contracté mariage, il avait eu 14 enfants, et que

ce n'est qu'à 48 ans que son testicule s'était mis à gonfler. 8 années s'écoulent et le malade se présente à mon hôpital. Je ne fis pas de suite de diagnostic précis ; sans admettre positivement le testicule syphilitique, je fis un traitement spécifique. Je posai la question d'un hématocèle ancien, d'une inclusion fœtale, d'un enchondrome à marche lente. La tumeur était régulière, le testicule et l'épididyme étaient également développés ; à la partie antéro-supérieure on trouvait plus de mollesse, mais aucun épanchement vaginal. Les bourses étaient indolentes, on ne trouvait aucun ganglion engorgé. Je constatai de plus, bien que je me réproche maintenant de n'y avoir accordé qu'une attention insuffisante, que le malade portait au front une tumeur analogue à un lipome, et de plus que le testicule droit offrait un peu d'intumescence. Je fis une leçon clinique sur ce malade ; je dis que nous avions affaire à un néoplasme, j'éliminai le tubercule ; la lenteur du développement faisait rejeter le carcinome ; l'absence de propagation aux ganglions faisait repousser l'idée d'épithélioma ; restait le sarcome. Je me rattachai à ce diagnostic, bien que la lenteur du développement et l'absence d'ulcération après 8 années me parussent contre-indiquer l'existence d'un sarcome. Je fis la castration et le malade guérit rapidement.

L'examen histologique de la tumeur a été publié dans les *Bulletins de la Société anatomique*, par M. Malassez : c'était un lymphadénome.

Quant au malade, il quitta mon service au mois de mai à peu près guéri ; il rentra en mon absence à la Charité avec une tumeur nouvelle dans la région temporale ; le testicule droit avait pris un grand développement ; sur le sternum s'élevaient 2 ou 3 bosselures. Ce malade succomba à un état cachectique progressif. L'autopsie montra que toutes les tumeurs étaient semblables comme structure à la tumeur testiculaire ; les vertèbres, le mésentère, le foie, la rate présentaient des masses gris rougeâtre. En un mot nous avions eu affaire à un lymphadénome malin généralisé.

Ce qui m'a fait tenir à communiquer ce fait, c'est que malgré toute mon attention, je n'avais pas porté le diagnostic véritable. Ne pourrais-je mieux faire une autre fois ? Voici le résultat de mes réflexions sur ce sujet. Lorsqu'on est en présence d'une tumeur néoplasique qui n'a les caractères ni d'un carcinome, ni d'un sarcome, ni d'un épithélioma, on peut avoir affaire à un lymphadénome, surtout s'il coexiste une seconde tumeur : dans ce cas il faut s'abstenir de toute opération. L'histoire de ces tumeurs montre qu'à la suite de l'opération la cachexie se déroule pour ainsi dire, et à la mort les tissus sont presque tous envahis, même ceux qui sont le plus réfractaires à la lymphadémie. Qu'est-ce à dire ?

C'est que la généralisation se fait dans ces cas d'une manière insidieuse, tandis que les autres tumeurs amènent la cachexie.

J'en reviens à l'objet principal de ma communication qui est celui-ci : Lorsque conjointement à une tumeur vous en trouverez une seconde qui ressemble à un lipome sous-cutané, défiez-vous, car entre ces deux néoplasmes existe une chaîne invisible dont les anneaux sont d'autres tumeurs occupant d'autres organes, d'autres tissus de l'économie.

Le signe diagnostic du lymphadénome malin est en premier lieu l'aspect insolite de la tumeur principale qui fait qu'un chirurgien expérimenté hésite à la dénommer, et en second lieu la présence fréquente ou possible d'une seconde tumeur. Supposez que vis-à-vis de mon malade je sois entré dans l'ordre d'idées que je vous expose, le résultat aurait été le même en ce sens que le malade serait mort, mais j'aurais évité une opération inutile.

L'élément de diagnostic que j'apporte me permettra pour ma part, j'espère, de ne plus commettre la faute que j'ai commise une première fois.

L'observation a été publiée dans l'*Union médicale*, et la leçon clinique dans le *Progrès médical* (janvier 1877).

Discussion.

M. Perrin. J'ai écouté avec un vif intérêt la communication de M. Trélat; elle m'a rappelé un fait que j'ai observé cette année au Val-de-Grâce. Le fait de lymphadénome que j'ai observé n'a pas présenté la même marche que celui de M. Trélat; il n'y a pas eu de généralisation. Dans le courant de l'été, je reçus dans mon service un lieutenant des douanes qui portait une tumeur au-dessus du sourcil gauche; cette tumeur développée en un mois était peu douloureuse, sans adhérence à la peau : une ulcération superficielle ne donnait lieu à aucune suppuration : les ganglions cervicaux étaient engorgés. Je diagnostiquai un sarcome diffus du périoste de la région frontale. Quelque temps après le malade se plaignit de douleurs vagues sans siége spécial; l'examen des divers organes ne me révéla rien, mais la santé générale périclitait; il survint des troubles nerveux, le teint devint jaune, la vision s'altéra à l'un des yeux et l'ophthalmoscope révéla les lésions de la rétinite leucocythémique; sans qu'il y ait eu de tumeur nouvelle, le malade mourut comme les leucémiques. Le microscope montra dans la tumeur du front des corps lymphatiques. Le fait que j'expose ne rentre donc pas dans une des catégories qu'a indiquées M. Trélat, ce n'est ni un carcinome, ni un sarcome, et cependant ce n'est

pas un lymphadénome. Mon diagnostic était inexact ; javais cru à un sarcome. Comment pourrai-je éviter cette erreur dorénavant?

M. Lannelongue. Je m'associe à ce que vient de dire M. Perrin sur l'intérêt que présente la communication de M. Trélat. La formule à laquelle s'est arrêté notre collègue serait vraie si tous les faits ressemblaient aux siens. Le nombre de ces faits est bien plus considérable que ne le croit M. Trélat : il est au moins d'une vingtaine. En compulsant les observations, j'ai vu qu'il y avait des variétés cliniques, que certaines de ces tumeurs ne se généralisaient pas et qu'il ne fallait pas être trop absolu. Aussi m'est-il difficile d'accepter la formule par laquelle M. Trélat a résumé ses moyens diagnostiques.

M. Verneuil. Je demande que la discussion actuelle reste à l'ordre du jour. La question des lymphadénomes est une des plus obscures de la chirurgie, et pour ma part, depuis 1872, je trouve que nous n'avons pas fait un pas, au point de vue du diagnostic, du pronostic, de la thérapeutique.

M. Trélat. M. Verneuil paraît surpris que nous ne soyons pas plus avancés au point de vue de ces tumeurs ; ce temps d'arrêt a une cause très-simple, c'est que les histologistes ne peuvent trancher la question de malignité ou de non malignité. En face de cette impuissance du microscope je viens vous dire que c'est nous, cliniciens, qui serons les arbitres, puisque les histologistes ne nous éclairent pas.

J'étais tellement convaincu qu'il y avait des variétés au point de vue de la physiologie pathologique, que je disais au lieu de lymphadénome malin, lymphosarcome, mais on n'a pas le droit de faire cette confusion de termes, et il faut arriver à dire qu'il y a des lymphadénomes malins et d'autres qui ne le sont pas. Voilà deux fois que j'enlève chez le même malade un lymphadénome bénin de l'aisselle, peut être enlèverai-je au même point une troisième tumeur, mais il n'y aura pas de généralisation. Je crois avoir répondu clairement à M. Lannelongue. Tous les lymphadénomes ne sont pas malins, mais il n'y a pas moyen d'établir un signe diagnostique ; l'existence de deux tumeurs est pour ainsi dire le premier terme de la généralisation, et c'est pour cela que je me rattache à ce signe. La clinique nous jette pêle-mêle des cas qui n'ont pas la même évolution, et si la structure et la symptomatologie ne se répondent pas, je n'y puis rien.

Quant au malade de M. Perrin, il est leucémique, il a de plus un lymphadénome, mais il a succombé à la cachexie leucémique et non à un lymphadénome malin. Adénite et leucémie ne sont pas des

termes identiques : ce sont des frère et sœur fréquemment jumeaux, mais appartenant à un ascendant différent.

Chaque fois qu'on est en face d'un lymphadénome, il faut rechercher si le malade est leucémique : le cas peut s'aggraver de la coexistence d'une leucémie. Une fois la leucémie écartée, reste le lymphadénome. Est-il bénin ou malin ? c'est la question qu'il faut résoudre. Je viens vous dire : Si la tumeur n'est pas isolée, c'est un lymphadénome malin. Ce signe pourra manquer, nous méconnaîtrons des tumeurs cachées dans les organes; l'erreur ne sera pas impossible, elle sera moins fréquente.

M. Lannelongue. On ne peut reprocher à M. Trélat de n'avoir pas nettement posé la question : Voici, dit-il, une tumeur qui n'est ni un carcinome, ni un sarcome, et dans l'économie existe une autre tumeur, c'est un lymphadénome malin. Ce qui modifie la question c'est que les choses ne se passent pas tout à fait ainsi ; ce sont en général les ganglions lymphatiques qui sont atteints les premiers. Avons-nous affaire à une simple hypertrophie ganglionnaire ou à un lymphadénome malin ? Je crois que lorsqu'on voit se développer des chapelets ganglionnaires et une tumeur apparaître, on peut penser à un lymphadénome.

M. Perrin. Mon malade n'était pas un leucémique d'emblée; il ne l'est devenu que plus tard; je tenais à attirer l'attention de M. Trélat sur les faits analogues au mien. Voilà trois types différents bien établis dans cette séance, celui que nous a si bien retracé M. Trélat, celui de M. Lannelongue, le mien, enfin. Je voudrais pouvoir ne pas retomber dans l'erreur diagnostique que j'ai commise.

M. Trélat. Je ne suis pas de l'avis de M. Lannelongue sous deux points de vue. Le lymphadénome malin paraît jusqu'à présent être une tumeur des adultes; Giraldès ne l'avait observé que d'une manière exceptionnelle chez les enfants. En second lieu je n'accepte pas que l'apparition primitive du tissu réticulaire se fasse dans les ganglions; je dis même que lorsqu'on est en présence d'une chaîne ganglionnaire, il ne faut pas penser au lymphadénome malin.

Observation de fibro-adénome du sein, opéré pendant la lactation. — Guérison par première intention,

par M. Cruveilhier.

Dans la séance du 10 janvier, M. le Dr Cras, membre correspondant, a communiqué une observation de fibro-adénome du sein enlevé 2 mois après l'accouchement sans qu'aucun accident soit venu entraver la cicatrisation.

Ce fait a paru à M. Guéniot en désaccord avec celui qu'aurait cité M. Le Fort, dans son intéressante communication du mois de juin 1876.

M. le Fort, dit en effet, qu'ayant constaté à la suite de l'extirpation d'un sarcome du sein, la présence du lait dans la tumeur, il éprouva de très-vives craintes, quant à l'issue de l'opération.

Je viens apporter un fait qui prouverait que cette influence nocive de la sécrétion laiteuse n'est pas constante.

Me trouvant, en 1871, à Avranches, où je venais rejoindre ma famille pendant l'armistice qui suivit le siége de Paris, je fus demandé par M. le Dr Béchet, ancien interne des hôpitaux de Paris, et médecin des plus distingués, à l'effet d'enlever une tumeur du sein chez une jeune femme de 22 ans, accouchée depuis 6 semaines et allaitant son enfant. La tumeur était un fibro-adénome du volume d'un œuf.

J'hésitais à faire l'opération, je m'y décidai pourtant sur les instances de notre confrère et de la malade. Une fois la tumeur enlevée, nous vîmes distinctement couler par la plaie, le lait mélangé avec le sang; je me disposais à laisser suppurer la plaie d'amputation, lorsque mon confrère me dit : qu'il répondait du succès, qu'il fallait tenter la réunion par première intention, que nous n'étions pas à Paris, et, qu'en quelques jours la cicatrisation serait complète. Nous mîmes donc quelques points de suture entortillée. 5 jours après nous allâmes voir notre opérée, nous enlevâmes les épingles, et nous trouvâmes une cicatrisation parfaite.

La malade a été revue plusieurs fois depuis et M. le Dr Béchet vient encore il y a quelques jours de me donner d'après ses notes tous les détails de l'observation.

Présentations de pièces.

Anévrisme diffus consécutif de l'artère poplitée. — Diagnostic douteux. — Ligature de l'artère,

par M. Cruveilhier.

Le nommé D..., Fortuné, employé de commerce, entre à la maison de santé pour une tumeur du membre inférieur gauche, le 7 décembre 1876. Ce malade, âgé de 34 ans, paraît bien constitué, la peau offre seulement sur tout le corps une décoloration marquée. Parmi les antécédents nous notons les marches continuelles auxquelles sa profession l'obligeait, une syphilis contractée il y a 7 ou 8 ans. Ses parents ont succombé, sa mère à l'âge de 46 ans, à un squirre de l'estomac; son père à une maladie de poitrine.

Depuis quelque temps déjà, D... ressentait de la faiblesse dans les jambes, lorsqu'il y a 1 mois, il vit apparaître une tumeur du volume d'un œuf, au-dessus du pli articulaire, du côté gauche, dans le triangle supérieur du losange poplité.

Plusieurs chirurgiens furent consultés, et parmi eux, MM. Gosselin et Lannelongue, mais ils ne virent le malade qu'après l'emploi d'un massage répété pendant 8 jours, pendant une demi-heure matin et soir. A chaque tentative, la tumeur augmentait de volume, ce qui fit suspendre l'emploi de ce moyen sous l'influence duquel la jambe se fléchissait de plus en plus sur la cuisse.

A l'entrée du malade la jambe formait un angle droit avec la cuisse. La tumeur qui occupe l'extrémité inférieure et interne de la cuisse gauche présente une surface régulièrement convexe de forme elliptique, à grand diamètre dirigé dans l'axe de la cuisse, étendue du pli du jarret jusqu'au-dessous de l'anneau du 3e adducteur.

Cette tumeur est élastique, nullement réductible par la pression, sans adhérence à la peau et mobile dans le sens latéral sur les parties profondes.

La main ne constate ni mouvement d'expansion, ni thrill; l'oreille armée du stétoscope constate un souffle isochrone aux pulsations cardiaques et cessant par la compression de l'artère crurale.

L'œdème de la jambe et du pied rend impossible la perception de battements dans la pédieuse et la tibiale postérieure.

J'appris à ce moment par le malade et d'une manière assez vague que M. Gosselin était partisan de l'amputation, mais rejetant jusqu'à nouvel ordre ce commémoratif sur lequel je n'étais pas suffisamment édifié, je cherchai à établir le diagnostic.

Je commençai par repousser l'idée de tumeur syphilitique que rien n'indiquait et qu'un emploi inutile de l'iodure de potassium avait rendu improbable; je ne pouvais hésiter qu'entre un anévrysme poplité et une tumeur maligne à marche suraiguë, un sarcome.

En faveur d'un anévrysme j'avais le siége au creux poplité, l'anévrysme poplité étant de beaucoup le plus fréquent des anévrysmes externes, l'augmentation si rapide sous l'influence du massage, la consistance de la tumeur, le souffle isochrone aux battements du pouls; mais je n'avais ni mouvement d'expansion, ni thrill, ni réduction de la tumeur à la pression ou par la compression de l'artère.

Devais-je croire à un sarcome? Mais le bruit de souffle ne s'entend guère que dans les tumeurs des os, et j'avais affaire ici à une tumeur des parties molles. Depuis le dernier massage la tumeur avait peu varié et n'était le siége d'aucune douleur. Il n'y avait de plus aucun retentissement ganglionnaire, ni état cachectique. L'idée d'anévrysme, enfin, me menait à la ligature de la fémorale, l'idée du sarcome à l'amputation.

Je fis le 12 décembre la ligature de la fémorale d'après la méthode d'Anel, le plus près possible de la tumeur, de façon à ne laisser aucune collatérale entre le sac et le fil. La tumeur diminua de plus de 3 centimètres; nous obtînmes un peu d'extension de la jambe, enfin le

bruit de souffle disparut. Il n'y eut aucune autre modification bien appréciable, aussi demandais-je au malade une consultation avec M. Gosselin, dont je ne connaissais le diagnostic que d'une manière assez vague. Ce cher maître vint : il se souvenait parfaitement du malade; son diagnostic était sarcome enveloppant l'artère poplitée, et son mode de traitement l'amputation.

Il n'y avait évidemment plus que cela à faire, même dans le cas d'anévrysme, la ligature ayant amené peu de changement. J'ajoute que M. Gosselin me fit connaître que M. Lannelongue s'était arrêté à l'idée d'anévrysme, et avait même fait confectionner un appareil compresseur pour l'artère fémorale.

Avant de me décider à l'ablation du membre, je fis une ponction aspiratrice qui ne donna issue qu'à deux gouttes de sang rutilant et je commençai à préparer le malade au sacrifice de son membre.

Le 14 janvier, c'est-à-dire un peu plus d'un mois après la ligature, apparurent les symptômes suivants : Le malade se plaignit d'avoir perdu l'appétit, d'éprouver de la céphalalgie et surtout des frissons qui revenaient régulièrement dans l'après-midi. Le soir en effet on lui trouve de la fièvre; le thermomètre, placé dans l'aisselle, monte à 39° et même à 40°. On voit apparaître des épistaxis, des bourdonnements d'oreille, quelques vertiges, un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite. La langue est du reste humide, on ne découvre pas de taches sur l'abdomen ; en somme c'est un état mal défini, d'autant plus qu'il y a une douzaine d'années, le malade dit avoir eu une fièvre typhoïde. M. Lecorché, notre distingué collègue à la maison de santé, ne croit pas à un état typhique. La plaie qui attire notre attention est de très-belle apparence, les bourgeons charnus sont de niveau avec la peau.

Peu de jours après, la scène change; les bourgeons charnus semblent se ramollir, on trouve du sang sur le pansement; bientôt il se fait de véritables hémorrhagies; la plaie s'est creusée, il semble que les bourgeons charnus se sont résorbés et sont remplacés par des caillots diffluents; en les enlevant on voit un cordon blanchâtre animé d'expansion et de battements et qui n'est autre que l'artère fémorale complétement dénudée.

Le malade meurt le 21 janvier, à peu près 1 mois 1/2 après la ligature, ayant eu plusieurs hémorrhagies qui s'arrêtaient assez facilement mais se renouvelaient sans cesse.

Nous n'avons pas de renseignements sur les lésions cadavériques, toute autopsie ayant été interdite, mais nous avons pu enlever, en respectant autant que possible les téguments, la pièce anatomique que je vous présente.

Nous avions affaire à un anévrysme de la poplitée : cet anévrysme n'a pas de sac, ce sont les muscles du creux poplité et de la partie inférieure de la cuisse qui forment la paroi de la collection sanguine; en un point même, la face postérieure du fémur est en contact avec le sang. Les caillots contenus dans la poche sont des caillots passifs, comme cela est la règle, d'après M. Broca, dans les anévrysmes diffus.

Paris. — Imp. Paul Dupont, rue J.-J.-Rousseau, 41. (74, 3-7.) *Le Gérant* G. Masson.

L'artère présente un orifice dont les bords renversés en dehors se continuent nettement, au moins pour une des lèvres, avec une membrane qui faisait partie du sac de l'anévrysme mixte externe, qui suivant moi constituait au début l'affection dont ce malade était porteur.

Présentation de malades.

Fracture bicondylienne du fémur. — Guérison rapide et complète sans raccourcissement et avec intégrité des mouvements du genou,

par S. Duplay.

Le malade, âgé de 43 ans, est entré dans mon service le 10 octobre 1876. L'avant-veille il a fait une chute dans son escalier, et est tombé de la hauteur d'une vingtaine de marches, il ne peut fournir d'autre renseignement sur le mécanisme de sa chute ; il semble néanmoins qu'il y ait eu une flexion exagérée du genou gauche, car son pantalon est largement déchiré en avant.

A son entrée, rotation forcée de la jambe gauche en dedans, le bord interne du pied gauche reposant sur le pied droit qui lui sert de soutien. Gonflement considérable du genou et de la partie inférieure de la cuisse ; épanchement articulaire. Tibia et rotule intacts, mobilité anormale très-marquée à trois travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire. Dans l'état de demi-flexion du genou, il est extrêmement facile de déterminer des mouvements isolés de chaque condyle fémoral l'un sur l'autre, dans ces mouvements on perçoit de la crépitation. On applique l'appareil extenseur, à l'aide de longues bandelettes de diachylon remontant jusqu'au-dessous du genou, et formant une anse au-dessous de la plante du pied. La traction est faite en ligne droite ; commencée à 3 kilogrammes, elle est successivement portée à 5 kilogr. 1/2. La contre-extension est faite à l'aide d'une alèze passée dans l'aine gauche et fixée à la tête du lit.

L'appareil est enlevé le 25 novembre (*le* 46e *jour*), la consolidation paraît complète. Léger épanchement dans le genou. Séance tenante on peut obtenir une légère flexion.

Sous l'influence des mouvements communiqués, des douches, la mobilité augmente chaque jour. Dès le commencement du mois de janvier, le malade se lève et marche sans béquilles.

Aujourd'hui le blessé marche sans la moindre claudication. La flexion de la jambe dépasse l'angle droit. Il n'y a pas le moindre raccourcissement.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel,
Cruveilhier.

Séance du 28 février 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger;

2° Les *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, année 1876, 3e fascicule;

3° Deux brochures de M. le professeur Bouisson : 1° *Rapport sur la situation et les travaux de la Faculté de médecine de Montpellier ; — 2° De l'influence que l'état social des malades peut exercer sur les déterminations du chirurgien ;*

4° Un *Rapport sur le congrès d'hygiène et de sauvetage de Bruxelles*, par M. Houzé de l'Aulnoit;

5° Une brochure en anglais sur le même congrès, offerte par M. Longmore, membre associé étranger.

6° M. Gaujot offre un travail imprimé avec ce titre : *Examen des maladies de l'oreille au point de vue du service militaire.*

7° M. le comte de Bruc adresse une lettre en réponse à un précédent mémoire de M. Le Fort (commissaires MM. Boinet, Giraud-Teulon et Marjolin).

8° M. Faucon adresse à la Société la lettre suivante : *Sur les corps étrangers métalliques introduits dans le pharynx.*

En lisant dans la *Gazette des hôpitaux* le compte rendu des séances des 7 et 14 février, je me suis rappelé deux cas analogues à ceux qui ont été produits par plusieurs de nos collègues à l'occasion de la communication de M. Ledentu sur un corps étranger du pharynx.

Je demande à la Société la permission de lui adresser ces deux observations.

Toutes deux ont trait à des pièces de monnaie avalées par des enfants : la première est un exemple de la facilité avec laquelle on peut quelquefois extraire ces corps étrangers au moyen d'instruments appropriés; la seconde me permettra d'appeler l'attention de la Société sur un point qui m'a paru négligé dans la discussion qui s'est ouverte : c'est celui des dangers que les pièces métalliques en cuivre peuvent faire courir lorsqu'elles ne sont pas extraites et qu'elles parviennent dans l'estomac.

Obs. I. — J'étais, en 1863, l'interne de notre collègue M. le Dr E. Bœckel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, qui suppléait à ce moment le professeur de clinique chirurgicale, quand un jour une femme de la ville amène à la consultation de l'hôpital civil un enfant d'une douzaine d'années, qui avait avalé en jouant, huit jours auparavant, une pièce de dix centimes en cuivre (monnaie actuelle à l'effigie de Napoléon III), et qui se plaignait d'une douleur persistante derrière le sternum, au niveau du tiers inférieur de l'os, sans que la déglutition ni les fonctions de l'estomac en parussent notablement gênées. Outre la douleur, il existait un mouvement de fièvre qui fit craindre un commencement d'abcès ou d'ulcération.

M. Bœckel, qui avait eu l'occasion de nous faire quelque temps auparavant une leçon sur les corps étrangers de l'œsophage, profite de cette circonstance pour essayer sous nos yeux le panier de Graefe, modifié par Dupuytren, qu'il envoie chercher à l'arsenal de l'hôpital.

L'enfant est chloroformisé par M. Elser jusqu'à résolution complète. L'instrument parvint jusque dans le voisinage du cardia sans la moindre difficulté, et sans que son introduction ait révélé ni à l'oreille ni à la main du chirurgien la moindre trace du corps étranger.

J'ai bien souvent pensé à ce fait depuis que j'ai eu connaissance de l'ingénieux appareil inventé par M. Collin et proposé par notre collègue M. Duplay, à l'occasion de l'*homme à la fourchette*, pour la recherche des corps métalliques placés de champ dans l'œsophage.

M. Bœckel croyait retirer l'instrument vide, lorsque, arrivé au niveau de la partie supérieure de l'œsophage, il sent une résistance qu'il croit devoir attribuer à l'arc-boutement des crochets de l'appareil contre les cartilages postérieurs du larynx.

Grand fut notre étonnement, lorsque nous vîmes, l'instrument retiré, la pièce de monnaie couchée de champ dans une des anses du panier.

L'opération ne fut accidentée par aucun signe de suffocation, ni suivie du moindre inconvénient.

Obs. II. — Il s'agit, dans ce cas, d'un jeune enfant de 4 ans, qui fut soigné par mon père à Helfaut, près Saint-Omer (Pas-de-Calais).

Ce jeune enfant jouait devant une table, lorsqu'on le vit avaler un sou en cuivre d'une date antérieure à la monnaie impériale et conservé comme jouet.

Mon père arriva dix heures après l'accident : l'enfant souffrait peu, il avalait facilement et se plaignait pour tout symptôme d'une légère douleur au creux épigastrique.

Après avoir examiné la portion du pharynx accessible à la vue et avoir inutilement essayé d'explorer l'œsophage au moyen d'une sonde élastique, mon père se retira avec l'idée que le sou était parvenu dans l'estomac et l'espoir qu'il serait rendu par les selles.

Il se borna à proscrire l'usage quotidien de l'eau albumineuse, afin d'essayer de neutraliser les sels cupriques qui pourraient se former par l'action des sucs digestifs sur la pièce métallique.

Ceci se passait à la fin de janvier 1850.

Les selles furent examinées chaque jour avec le plus grand soin par

les parents de l'enfant : malheureusement la pièce de monnaie ne fut pas rendue. A partir de ce moment l'enfant, qui jusqu'alors était bien portant et robuste, fut presque incessamment sujet à des coliques et de la diarrhée ; son état général devint mauvais : il perdit l'appétit et se mit à pâlir et à maigrir d'une façon inquiétante.

Dans le courant d'avril, il fut pris d'une éruption de purpura hémorrhagique sur tout le corps : cette éruption, qui dura près de six semaines, fut combattue par des ferrugineux et des bains salés.

Ce pauvre petit semblait reprendre lorsque dans l'après-midi du 6 juin, se promenant avec sa mère, il fut pris d'un vomissement de sang qui se répéta quelques heures après et qui, en fin de compte, l'emporta en se renouvelant une troisième fois pendant la nuit. Il eut en même temps, quelques heures avant sa mort, une selle copieuse et sanguinolente. L'autopsie, demandée par mon père qui voulait connaître quelle était la lésion produite dans l'estomac par la pièce métallique, fut refusée par la famille.

Je crois pouvoir, des deux faits qui précèdent, tirer les conclusions suivantes :

1° Les pièces de monnaie en cuivre avalées par mégarde constituent une variété spéciale de corps étrangers des organes digestifs, au point de vue de certains accidents particuliers que leur présence peut déterminer et du traitement qu'elles nécessitent ;

2° Elles peuvent donner lieu à des dangers sérieux alors même qu'elles ont traversé l'œsophage et qu'elles sont parvenues dans l'estomac ;

3° Au lieu d'être rendues par les selles, elles peuvent séjourner dans l'estomac, et parmi les accidents possibles que leur séjour peut entraîner, il faut faire entrer en ligne de compte des accidents généraux (anémie, amaigrissement, purpura hémorrhagique) et des accidents locaux dus, les uns à l'irritation produite par les sels cupriques qui se forment sous l'influence des sucs digestifs (coliques, diarrhée, etc.), les autres à une action mécanique produite par les aspérités qu'elles présentent lorsqu'elles ont été corrodées après un long séjour (ulcérations de la muqueuse, érosions artérielles et hémorrhagie foudroyante) ;

4° Le chirurgien appelé en temps opportun doit immédiatement essayer de les extraire par la bouche et se garder de tentatives qui en amèneraient la propulsion dans l'estomac.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Perrin donne lecture d'une observation adressée par M. Chauvel, et relative au malade dont il a été question dans la dernière séance.

Tumeur lymphatique de la face. — Lymphadénome. — Leucémie consécutive,

par M. Chauvel.

M. M..., lieutenant de douanes, 41 ans, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, fin octobre 1876. Jusqu'en 1876, santé bonne, pas de syphilis, pas d'antécédents morbides héréditaires. En juillet 1876, se développe dans la paupière supérieure gauche une tumeur dont l'accroissement fut tellement rapide que dès le mois de septembre, M. Duplay, de Rochefort, regardait toute intervention opératoire comme contre-indiquée et portait un pronostic des plus graves.

Au moment où M. M... entrait au Val-de-Grâce, la situation était encore plus fâcheuse : les ganglions cervicaux étaient indurés des deux côtés, la tumeur diffuse, des ulcérations s'étaient développées à la face interne des joues, et la cachexie était des plus prononcées. M. le professeur Perrin crut à un sarcome diffus de la face, en conservant quelques doutes en raison de l'étrange évolution du processus, en raison des ulcérations de la muqueuse des joues, de l'engorgement ganglionnaire bilatéral et surtout de l'aspect cachectique de la peau et de l'état de prostration du malade.

12 *novembre*. — En prenant le service des mains de M. le professeur Perrin, je trouvai le malade dans l'état suivant : la face est le siége d'une tuméfaction mal limitée qui occupe la région sus-orbitaire, les deux paupières gauches, la racine du nez, la joue gauche jusqu'au niveau de la commissure des lèvres. De tous les côtés, cette tuméfaction se confond insensiblement avec les parties saines. L'œil gauche est complétement caché et ne peut être découvert.

La peau est normale, tout au plus légèrement rosée au point culminant de la tumeur. Elle est indurée, considérablement épaissie, et fait corps avec les tissus sous-jacents. Pas de dilatation des veines. A la pression, résistance élastique, dureté sensiblement égale dans tous les points, peu de sensibilité. En introduisant le doigt dans la bouche, on sent que la joue gauche est épaissie, qu'il y a des nodosités sous-muqueuses. L'examen, du reste, montre au niveau des grosses molaires supérieures gauches, des ulcérations inégales à fond gris verdâtre. La joue droite est ou semble un peu indurée, mais la muqueuse n'offre aucune altération. Gencives pâles, grisâtres, non saignantes. Langue et voile du palais sans lésion.

Le malade accuse de violentes douleurs dans tout le côté gauche de la face et une sécheresse de la bouche des plus gênantes. L'haleine n'a pas d'odeur infecte, pas d'expectoration de pus. La sensi-

bilité de la muqueuse buccale et la difficulté des mouvements des mâchoires rendent l'alimentation difficile. La respiration se fait aisément par le nez, qui n'est au reste le siége d'aucun écoulement. Surdité légère.

Les ganglions cervicaux sont considérablement tuméfiés et presque également des deux côtés. Comme pour la face, c'est une tuméfaction diffuse à laquelle les téguments semblent participer, car ils ont perdu toute mobilité, et l'on ne peut isoler aucun ganglion. Légère douleur à la pression.

Cachexie profonde ; cependant la teinte pâle, mate, de la peau n'est pas la coloration jaune paille des cancéreux. De plus, l'embonpoint est conservé. Pas de troubles digestifs; respiration et circulation s'exécutant normalement.

Malgré quelques incertitudes laissées par cet examen, je me rattachai à l'idée d'un sarcome développé primitivement dans le périoste et ayant envahi de proche en proche les tissus voisins.

16 *novembre.* — Tumeur stationnaire, toujours mal limitée ; il est bien évident que la peau est envahie par le néoplasme. L'état général s'aggrave, la teinte cireuse des téguments est plus prononcée. Toute la face semble bouffie. Cependant il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs ; l'examen du cœur et des poumons plusieurs fois pratiqué ne révèle aucune lésion. Le malade se plaint de voir depuis quelques jours une tache noire qui suit tous les mouvements de l'œil droit.

Examen ophthalmoscopique. Milieux sains, pupille normale, vaisseaux rétiniens de volume ordinaire. Autour de la pupille, suffusions sanguines striées, développées dans un tissu rétinien peu transparent. Quelques autres taches hémorrhagiques sont éparses dans le champ de la rétine.

18 *novembre.* — La faiblesse augmente rapidement. M. M... ne peut quitter son lit, mange peu, ne souffre presque plus, sauf de la sécheresse de la bouche. M. le professeur Perrin constate dans l'œil droit les lésions indiquées et un aspect tout à fait semblable aux altérations ophthalmoscopiques de la rétinite leucémique. Il émet donc l'idée d'une leucémie probable.

L'examen le plus attentif ne fait découvrir aucun ganglion lymphatique tuméfié en dehors de la région cervicale. Pas de gonflement sensible de la rate. Le sang n'est pas examiné.

19 *novembre.* — Trois selles dans la nuit, la dernière avec quelques gouttes de sang. Ventre souple et indolent. Pouls petit et fréquent, faiblesse très-grande. Le malade se plaignant d'un point de côté, j'examine la poitrine avec le plus grand soin, poursuivi par l'idée d'une généralisation de la tumeur. Aucune altération. Pas d'œdème péri-malléolaire. Même état local.

20 *novembre.* — Le malade est au plus mal; 40 à 45 respirations par minute; pouls petit, dépressible, trop fréquent pour être compté. Pas de bruit de souffle au cœur. La connaissance est restée complète ; léger sentiment d'oppression.

Mort le 21 novembre à 5 heures du matin.

Autopsie, 30 heures après la mort. — L'œil droit a été extrait de l'orbite, 4 heures après le décès, et conservé dans de l'eau froide.

Pas d'amaigrissement, aucun ganglion lymphatique n'est tuméfié en dehors du cou. La tuméfaction du côté gauche de la face siége exclusivement dans les parties molles, surtout dans la peau et le tissu sous-cutané. Ses limites ne sont pas tranchées. Les deux paupières gauches, la région sus-orbitaire jusqu'à 4 doigts au-dessus du sourcil, la racine et le côté gauche du nez jusqu'au sillon naso-jugal en bas, la joue gauche, dont la muqueuse offre des ulcérations gangréneuses, offrent la même altération sur des coupes : c'est un tissu lardacé, de coloration uniforme, dans lequel toutes les couches molles sont confondues jusqu'au périoste resté sain. L'épaisseur de ce tissu néoplasique est de 4 centimètres environ à la racine du nez, au niveau du sourcil et dans la paupière supérieure, puis elle diminue progressivement jusqu'aux parties saines. Le périoste, les os ne sont pas altérés. L'œil gauche, caché sous les paupières, paraît sain et n'a pas été envahi par le néoplasme.

Au cou, les ganglions hypertrophiés et dégénérés présentent à la coupe le même aspect lardacé que la tumeur primitive; la peau et le tissu sous-cutané sont envahis par le néoplasme. Rien aux membres supérieurs ou inférieurs.

Poumons engorgés à la base; pas de noyaux secondaires. Cœur volumineux, chargé de graisse; tissu musculaire pâle et décoloré; pas de lésion valvulaire; caillots de l'agonie.

Rate un peu volumineuse, sans lésion apparente. Foie énorme, envahissant l'hypocondre gauche et dépassant de 4 à 5 doigts le rebord des fausses côtes. Tissu jaunâtre, décoloré; pas de noyaux secondaires.

Les reins, l'estomac, les intestins, le cerveau et ses enveloppes, les os du crâne et les os du tronc sont sans lésions apparentes.

L'urine recueillie dans la vessie contient de l'albumine en assez grande quantité, et offre un dépôt qui contient des cylindres fibrineux et de nombreux globules sanguins.

On retrouve, à l'ouverture de l'œil droit, les suffusions sanguines constatées pendant la vie. L'œil gauche présente les mêmes lésions.

Examen histologique. M. le professeur agrégé Laveran, qui a bien voulu s'en charger, nous a remis la note suivante :

Tumeur de la paupière. Examen de fragments de la tumeur durcis dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Coupes minces, colorées par le picro-carminate et conservées dans la glycérine.

La tumeur se compose d'éléments cellulaires arrondis, analogues à ceux des ganglions lymphatiques. Ces éléments sont accolés les uns aux autres sans stroma apparent ; le néoplasme s'est infiltré au milieu de tous les éléments de la paupière. On trouve çà et là des follicules pileux, des culs-de-sac glandulaires, des fibres musculaires striées. Vers les parties profondes la tumeur envoie des prolongements au milieu du tissu conjonctif, il n'y a pas trace d'enkystement.

En traitant au pinceau des coupes minces de la tumeur, on dégage un réticulum assez semblable à celui du tissu lymphatique.

Foie. (Même préparation que ci-dessus.) Les cellules du foie sont saines, c'est à peine si l'on trouve çà et là des traces de dégénérescence graisseuse. Les capillaires sanguins intralobulaires sont dilatés, et renferment, outre des globules rouges, un grand nombre de leucocytes. Dans les espaces interlobulaires on trouve, de distance en distance, de petits amas de leucocytes comme dans le foie des leucémiques ; ces amas sont toutefois trop peu considérables pour qu'il soit possible de traiter les préparations par le pinceau afin de rechercher le réticulum.

Reins. L'épithélium des tubes contournés est assez fortement granuleux ; pas de néphrite interstitielle; pas d'accumulation de leucocytes en dehors des vaisseaux.

Cœur. Striation normale, les vaisseaux sont distendus et renferment une forte proportion de leucocytes ; pas d'accumulation de leucocytes en dehors des vaisseaux.

La tumeur de la paupière me paraît devoir être considérée comme une production lymphatique. J'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion d'examiner de petites tumeurs des paupières qui avaient le même aspect et qui dépendaient probablement d'une hypertrophie partielle du tissu lymphatique, que l'on trouve à l'état normal dans les paupières.

Le foie présentait l'aspect qu'il a chez les malades qui meurent de leucémie : les capillaires dilatés renfermaient de nombreux leucocytes, et dans les espaces interlobulaires on trouvait, çà et là, des accumulations de globules blancs. Le diagnostic de leucémie me paraît donc probable.

Discussion.

M. Giraud-Teulon. Je n'ai pas eu l'occasion d'observer personnellement de cas de rétinite leucémique. Dans la planche qui nous est présentée je ne vois qu'une rétinite hémorrhagique; je ne crois pas, du reste, que la science soit fixée sur les caractères spécifiques de la rétinite leucémique.

Je parle à un point de vue général et j'en veux venir à contester les caractères spécifiques de la rétinite leucémique.

M. Maurice-Perrin. L'honorable M. Giraud-Teulon me demande à quels signes j'ai reconnu l'existence d'une rétinite leucémique et comment je distingue cette dernière des autres formes de la rétinite.

Ces signes sont les suivants : la rétine présente des troubles de transparence localisés de préférence au pourtour de la papille et le long des gros vaisseaux, troubles assez légers pour ne point masquer complétement ni les contours du disque optique ni le trajet des vaisseaux. Ce sont des traînées laiteuses plutôt que de véritables opacités.

Un second caractère est représenté par des suffusions sanguines d'un rouge peu intense, limitées par un contour plus ou moins nettement strié et siégeant de préférence dans le voisinage des gros vaisseaux. On dirait que le sang s'est diffusé entre les éléments anatomiques, de façon à en respecter la structure et à en accuser la forme.

Ces deux signes ophthalmoscopiques diffèrent à peine de ceux que l'on observe dans la rétinite albuminurique; mais cette dernière a pour signe propre des agglomérations de petites masses blanches, brillantes, isolées les unes des autres, disposées souvent en cercle ou en croissant dans la région vasculaire et constituées, ainsi que nous l'ont appris les belles recherches de M. Poncet, par des amas de leucocytes.

Chose qui paraît du premier abord contradictoire, ces accumulations de globules blancs n'ont pas encore été rencontrées, que je sache, dans la rétinite albuminurique. A part cette différence, la rétinite leucémique et la rétinite albumurique se ressemblent fondamentalement, au point que je serais disposé à n'en faire qu'une seule espèce que je désignerais sous le nom de rétinite constitutionnelle, ou mieux, rétinite cachectique par opposition aux autres formes occasionnées soit par des troubles dans les fonctions cardiaques ou pulmonaires, soit par l'état athéromateux du système artériel, soit par d'autres causes accidentelles et dans lesquelles les pertes de transparence de la rétine, tantôt font défaut, tantôt

prennent les caractères de véritables opacités, et les suffusions sanguines sont d'une coloration plus intense, atteignent sur certains points la teinte sombre du sang veineux, couvrent complètement les éléments de l'image ophthalmoscopique, papille ou vaisseaux, dans les points qu'elles occupent et sont limitées enfin par des contours nets bien dessinés.

J'espère que ces indications sommaires répondront suffisamment à l'explication demandée par notre collègue.

Discussion sur le traitement des hémorrhoïdes.

M. Verneuil. Je remercie M. Anger de nous avoir fait connaître le mémoire de M. Fontan. Si je prends la parole c'est pour intervenir à propos d'une question de priorité. Je crois que la Société de chirurgie ne peut se désintéresser de ces questions. J'ai dit à M. Fontan, qui ne se déclare pas convaincu, qu'il y a 25 ans que M. Maisonneuve a préconisé la dilatation dans le traitement des hémorrhoïdes. Au point de vue physiologique M. Maisonneuve n'a pas été aussi complet que M. Fontan ; au point de vue anatomique j'ai moi-même quelque chose à revendiquer. J'ai déposé, en 1859, des pièces au musée Dupuytren qui établissent l'existence et le rôle des boutonnières musculaires, en rapport avec les veines rectales; mais en 1851 M. Maisonneuve avait compris l'importance du sphincter dans l'étude des hémorrhoïdes, il avait cliniquement démontré le fait en faisant le premier la dilatation. M. Fontan a été plus loin que M. Maisonneuve, car pour lui le seul traitement à opposer aux hémorrhoïdes avec ou sans contracture est la dilatation : il a eu de plus le mérite de remettre en honneur cette pratique, car, il faut l'avouer, les idées de M. Maisonneuve étaient tombées dans l'oubli. La cause en était dans l'avénement de deux moyens thérapeutiques nouveaux : l'écrasement linéaire et la galvano-caustie. Moi-même, malgré mes travaux sur ce sujet, j'étais un adepte des nouvelles méthodes, et ce n'est qu'en 1873 qu'un fait de ma pratique, rapporté dans la thèse de M. Cristofari (1876), appela mon attention. Il s'agissait d'un malade qui depuis 14 ans disait souffrir d'une fissure anale : il avait une hémorrhoïde grosse comme le pouce. J'endormis le malade pour pouvoir réduire la tumeur et, ne pouvant y arriver, je fis la dilatation, mais l'hémorrhoïde ressortait toujours. Qu'arriva-t-il? les douleurs se calmèrent, l'hémorrhoïde s'atrophia et le malade fut guéri. Je fis consigner toutes mes idées à ce sujet dans un mémoire pour les médailles des prix de l'internat, par mon interne M. Duret en 1875. Ce mémoire, ne pouvant être rendu public, n'est pas pour moi un titre de priorité :

aussi M. Fontan, qui la même année a publié son travail dans le *Moniteur de thérapeutique chirurgicale,* a-t-il des titres antérieurs comme publication ; mais l'idée fondamentale, qui est l'efficacité de la dilatation dans la cure des hémorrhoïdes, appartient à MM. Maisonneuve et Pelletier.

Cette question de priorité est accessoire. Quelle est la valeur de la méthode ? Nous venons de dire après M. Maisonneuve, mais comme lui : *le rôle de la chirurgie armée est fini dans le traitement des hémorrhoïdes.* Je ne parle même pas des moyens anciens, mais de l'écrasement linéaire, de la galvano-caustie. M. Fontan, devant lequel je m'efface, a rapporté des observations de guérison très-concluantes. Quelle sera la proportion des succès? nous n'en savons rien ; il n'y a pas de panacée en chirurgie, mais je crois que les insuccès seront très-rares.

Je voudrais seulement présenter quelques critiques au sujet du travail de M. Fontan.

Je trouve son étiologie trop absolument mécanique, si je puis m'exprimer ainsi : il fait bon marché des hémorrhoïdes que j'appellerai volontiers passives.

J'ai donné à M. Duret pour son mémoire de 1875, une leçon clinique où je parlais des hémorrhoïdes coïncidant avec une hypertrophie du foie. J'ai observé en effet trois malades hémorrhoïdaires, cachectiques, n'ayant que le souffle, dont le foie dépassait les fausses côtes ; le toucher rectal ne montrait aucune constriction du sphincter ; les douches ont suffi pour les guérir, lentement, mais enfin le foie diminua peu à peu.

Je pense que la Société ne verra pas sans intérêt surgir cette modification au traitement des hémorrhoïdes ; cette méthode n'offre aucun danger, tandis que j'ai perdu un malade par la galvano-puncture, méthode pourtant d'une grande innocuité.

J'insisterai sur deux autres points. En premier lieu, peut-on opérer à tous les moments ? Je crois comme M. Th. Anger que s'il y a phlébite il faut attendre que l'inflammation ait cessé : il se peut en outre que les accidents disparaissent par l'oblitération des vaisseaux consécutive à l'inflammation.

En second lieu, contrairement à M. Fontan qui ne veut pas de procédés mécaniques, j'introduis le spéculum bivalve et je fais le massage cadencé de Récamier. Le spéculum a l'avantage d'être plus méthodique, et chez les personnes grasses il permet d'atteindre les fibres supérieure du sphincter.

M. Desprès. Les observations de M. Fontan, et le procédé ancien de M. Maisonneuve, la dilatation comme moyen de réduire et de guérir les hémorrhoïdes, m'inspirent les réflexions suivantes :

Veut-on obtenir la réduction des hémorrhoïdes sorties ? est-ce

cela que l'on cherche ? Je ne le pense pas : car, au moins pour ce que je vois journellement, par un bain d'une heure ou deux, des cataplasmes en permanences, la réduction est obtenue en 24 ou 48 heures ; mais la tumeur ressort ensuite lorsqu'il y a réellement tumeur, c'est-à-dire hypertrophie de la peau et de la muqueuse, et c'est pour ces cas que l'on doit appliquer l'écrasement linéaire, si l'on veut guérir définitivement les malades.

Mais s'il s'agit de simples varices qui sortent à chaque défécation et rentrent ensuite, la dilatation ne fait rien, le malade rentre lui-même ses hémorrhoïdes lorsqu'elles ne rentrent pas seules. Quant à la guérison radicale des hémorrhoïdes, M. Fontan dit qu'il a guéri 6 malades des hémorrhoïdes; je m'inscris contre cette conclusion : si ses malades sont dans un état voisin de la guérison radicale, c'est qu'il a employé des moyens adjuvants. Avant de se prononcer de la sorte, M. Fontan devra voir ses malades et les examiner plusieurs années après.

M. Sée. Sur les conseils de M. Verneuil, j'ai eu l'idée d'appliquer la dilatation au traitement des hémorrhoïdes chez un malade très-nerveux, et qui de plus perdait beaucoup de sang ; ce malade n'avait pu se décider à subir l'ablation de son bourrelet hémorrhoïdal. A partir de ce moment aucune hémorrhagie ne s'est manifestée. Je fus surpris du résultat, qui date de 8 mois, en raison surtout de l'absence bien constatée de constriction du sphincter. Deux autres cas ont suivi ce premier fait et ont amené deux succès. Je suis donc disposé pour ma part à souscrire à ce qu'a dit M. Fontan.

M. Trélat. La dilatation est évidemment un excellent moyen, mais il y a selon moi des exceptions : M. Verneuil a déjà signalé les cas d'hémorrhoïdes passives; j'en signalerai une autre : ce sont les faits de procidence du rectum venant compliquer les hémorroïdes. Je ne chercherai pas dans ces cas-là à vaincre la tonicité du sphincter qui n'existe pas au degré normal; c'est à l'ignipuncture qu'il faut avoir recours.

M. Rochard. Les malades qui demandent une intervention chirurgicale sont dans trois états différents : en premier lieu, ils ont des hémorrhagies, il faut faire sortir les hémorrhoïdes et les cautériser ; en second lieu aux hémorrhoïdes s'adjoint une fissure, c'est la fissure que l'on traite par la dilatation et non les hémorrhoïdes ; enfin, il y a les vrais hémorrhoïdaires sans hémorrhagies ni fissure, qu'il ne faut selon moi soumettre à aucune opération.

J'ai pendant bien longtemps cautérisé, comme le faisait Boyer, écrasé, comme le faisait Chassaignac ; je soumets maintenant mes

malades au régime suivant : je leur conseille de n'aller à la garderobe que le soir (ce conseil est facile à suivre, car les hémorrhoïdaires sont constipés généralement), puis à prendre un lavement froid qui entraîne les matières et détermine une rétraction des bourrelets hémorrhoïdaires : le malade se trouve avec un rectum vide, des hémorrhoïdes rentrées ; survient par-dessus le repos de la nuit, et tout se maintient en bon état jusqu'au lendemain soir.

M. Verneuil. Je répondrai à M. Rochard que nous faisons tous ce traitement palliatif; nous n'opérons pas tous les cas : nous agissons lorsqu'il y a des hémorrhagies, lorsque le bourrelet ressort à chaque instant, chez des ouvriers pour lesquels les moyens hygiéniques sont inapplicables.

M. Rochard élimine les cas d'hémorrhagies; mais l'écoulement de sang a pour cause la contracture du sphincter, elle est le dernier terme de l'érection des hémorrhoïdes causée par la fermeture des anneaux musculaires qui étranglent les veines.

La guérison est-elle radicale? me demande M. Desprès. Les malades que j'ai opérés ne se sont jamais représentés à moi; M. Fontan a vu la guérison se maintenir chez les siens : j'ai donc le droit de penser que la dilatation produit pour les hémorrhoïdes ce qu'elle produit dans la fissure, une guérisson permanente.

M. Boinet. Je puis donner quelques renseignements au sujet de la solidité de la guérison : il y a 7 à 8 ans que j'ai opéré deux femmes atteintes de fissure et d'hémorrhoïdes; j'ai dilaté dans l'intention de guérir la fissure, les hémorrhoïdes n'ont pas réapparu.

M. Th. Anger. J'ai été très-heureux de voir M. Verneuil adopter les idées émises dans mon rapport, attribuer la priorité à M. Maisonneuve, accorder à M. Fontan le mérite d'avoir mieux exposé et mieux développé cette idée.

Quant au procédé à employer pour la dilatation, je suis convaincu que M. Verneuil a obtenu de bons résultats de l'emploi du spéculum, mais est-ce une bonne méthode générale? il me semble que l'on n'a pas ainsi le sentiment de la résistance que l'on emploie; on peut contusionner le cul-de-sac péritonéal, les veines atteintes de phlébite : le doigt n'a pas ces inconvénients.

M. Desprès n'est pas convaincu par les observations de M. Fontan ; elles sont très-sérieuses et prises conjointement avec MM. Gayet, Berne, les malades ont été suivis très-longtemps.

M. Desprès nous dit que les bourrelets hémorrhoïdaux rentrent au bout de 24 heures ; j'ai vu dernièrement un malade chez lequel un bourrelet est resté à l'extérieur pendant 12 jours avec des souf-

frances horribles. La réduction a été si peu spontanée qu'il y a eu gangrène partielle.

M. Trélat a parlé des cas où il y avait chute du rectum en même temps qu'hémorrhoïdes; je crois que dans ces cas il faut employer le traitement des chutes du rectum. Je n'ajouterai rien à la réponse que M. Verneuil a faite à M. Rochard : je dirai seulement que chez les malades de M. Fontan qui souffraient depuis 30 ans, et qui présentaient un amaigrissement extrême avec accidents nerveux de toute sorte, le traitement par les lavements froids n'aurait pu suffire. Quant à la durée de la guérison, MM. Verneuil, Fontan, Boinet nous la font espérer comme définitive.

M. Gillette. Je voudrais insister sur un point. M. Verneuil nous a prescrit de ne pas agir dans le cas où les hémorrhoïdes seraient enflammés, mais c'est en général cette inflammation qui engage les malades à recourir à nous. Pour ma part, j'ai dilaté dans un cas d'hémorrhoïdes enflammées et mon malade a guéri.

Communications.

Cheiloplastie,

nouveau procédé, par M. Trélat.

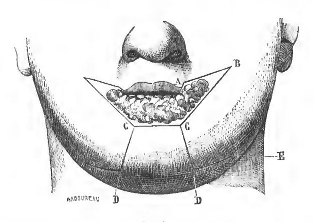
J'ai pratiqué en 1861 et publié, dans la *Gazette hebdomadaire de* 1862, un procédé de chéiloplastie pour la lèvre inférieure, dont vous pouvez apprécier l'heureux résultat sur la photographie qui représente le malade guéri.

Ce procédé, qui n'a pas besoin d'être décrit, en présence des deux figures ci-jointes, diffère de celui de Syme par la conservation intégrale du menton qui n'est généralement pas intéressé quand il s'agit du cancroïde de la lèvre, qui fournit un support solide aux lambeaux réparateurs et maintient consécutivement la hauteur de la lèvre restituée, disposition importante.

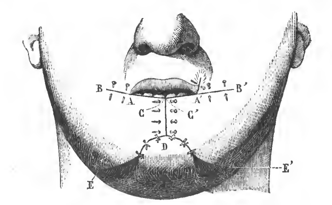
Il diffère du procédé de Sédillot par la direction oblique des lambeaux, tandis que notre éminent collègue taillait les siens verticalement, libres en bas, adhérents en haut. Cette différence, qui semble minime d'abord, constitue cependant une amélioration considérable quand les commissures sont altérées et doivent être sacrifiées. En effet, dans le procédé de Sédillot les deux lambeaux devront être éloignés l'un de l'autre de toute la partie à enlever, c'est-à-dire qu'on sera conduit à les reculer d'autant plus vers la joue que la commissure est plus intéressée. De plus la nouvelle commissure est formée par la base du lambeau tordue à 45°, condition peu favorable au rétablissement des formes, tandis que

je ne fais subir à la base de mes lambeaux qu'un déplacement angulaire de 15 à 20° qui ne détermine ni pli, ni souffrance et donne en somme un excellent résultat.

Je vous demande la permission de dire ici en passant que, avec le



temps et la répétition des opérations autoplastiques sur la face, que dans ces dernières années j'ai faites en grand nombre, j'en suis



venu à adopter comme méthode générale, applicable à toutes les parties de la face, un dessin des lambeaux tel que leur base ne doive subir qu'un faible déplacement angulaire. Je ne crains pas de reculer cette base, de la libérer dans une grande étendue pour lui éviter la torsion. Je n'ai jamais pratiqué et ne pratiquerai jamais la torsion totale du pédicule ; je n'ai même jamais incliné un lambeau à angle droit, je suis toujours résté au-dessous de cette limite et je considère cette manière de faire comme très-profitable.

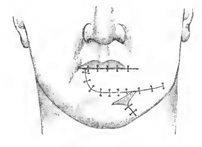
Le procédé figuré plus haut est relatif à la réparation de toute la lèvre inférieure et des deux commissures ; il nécessite deux

lambeaux, un de chaque côté du menton. Si l'une des commissures et une partie de la lèvre sont intactes, on pourra se contenter d'un seul lambeau taillé suivant le même principe et déplacé de la même façon.

Il y a dix jours, j'ai pratiqué cette opération chez un homme de 72 ans qui portait un cancroïde occupant, sur une hauteur de plus de 2 centimètres, les deux tiers et la commissure gauche de la lèvre inférieure. La petite plaie latérale résultant du déplacement du lambeau n'est point encore guérie, mais toutes les réunions sont complètes et solides et vous pouvez juger le résultat sur le malade à l'état de repos, quand il ouvre la bouche ou qu'il rit. Quelques personnes ont même poussé la bienveillance jusqu'à ne pas s'apercevoir qu'il eût subi une opération!



Les dessins qui précèdent dispensent de toute description. Le premier montre approximativement la disposition des incisions;



cependant le lambeau était tout entier un peu plus latéral, c'est-à-dire que son origine était un peu plus reculée vers la joue et que par suite sa terminaison empiétait un peu moins sur le menton.

La mobilisation du lambeau est bien représentée sur le second dessin; mais la figure semble indiquer une suture du lambeau avec

la lèvre supérieure. Le bord supérieur du lambeau est suturé avec la partie conservée et mobilisée de la muqueuse labiale et gencivale, ou en d'autres termes, la face profonde du lambeau est doublée et bordée avec la muqueuse, disposition qui a parfaitement réussi et qui assure la souplesse de la nouvelle lèvre et surtout de la nouvelle commissure.

On remarquera que les dessins de 1862 représentent des sutures entortillées avec des épingles. Depuis longues années, je n'emploie plus que la suture entrecoupée avec des fils d'argent très-fins; je multiplie les points autant qu'il faut pour une coaptation parfaite; j'en enlève souvent quelques-uns dès le lendemain, et tout les 4e ou 5e jours. Pendant tout ce temps j'exerce sur les lambeaux une notable compression avec la ouate et des bandes.

Présentation d'instruments.

Pessaire,

par M. Dumont-Pallier.

Après la savante discussion que vient de soulever le traitement chirurgical des hémorrhoïdes, j'avoue que c'est avec timidité que je vais vous entretenir d'un appareil bien modeste, appareil contentif du prolapsus complet de l'utérus, avec complication de cystocèle et de rectocèle. M. le professeur Le Fort, dans une de vos dernières séances, a exposé un procédé opératoire nouveau pour la guérison radicale du prolapsus utérin. Ce procédé a été mis en pratique et avec succès par le savant professeur, sur une malade soumise antérieurement et inutilement à l'application des divers appareils contentifs. J'ignore si M. Le Fort a fait usage des anneaux pessaires à tige, que j'ai conseillés depuis déjà un certain temps; mais je désire aujourd'hui livrer à votre examen une malade affectée de prolapsus utérin au 3e degré, compliqué de cystocèle et de rectocèle, et chez laquelle l'appareil auquel je fais allusion a été appliqué avec un entier succès.

Voici en quelques mots l'observation de cette malade, âgée de 32 ans, et qui, depuis plusieurs années, ne pouvait plus se livrer à ses occupations habituelles sans éprouver de vives douleurs abdominales. Il y a quatre ans, on lui avait conseillé de faire usage du pessaire Gariel : elle ne put en supporter l'application. Elle devint enceinte il y a trois ans et demi, et après son accouchement la matrice, pendant deux mois environ, parut maintenue dans le petit bassin. Mais bientôt le prolapsus se manifeste de nouveau, et depuis trois ans le prolapsus est complet. La malade était obligée

de se garnir pour empêcher la matrice de franchir la région vulvaire ; tout travail lui était devenu pénible ; elle dut abandonner son métier de cuisinière et se contenter d'aller de temps en temps en journée. C'est dans ces conditions que cette malade me fut adressée par M. le professeur Lasègue. Alors je constatai l'existence d'un prolapsus utérin extra-vulvaire avec cystocèle et rectocèle ; la cavité utérine, explorée avec l'hystéromètre d'Huguier, mesurait, de l'ouverture du col au fond de l'utérus, 13 centimètres ; il y avait donc allongement hypergraphique de la portion sus-vaginale du col utérin, la portion vaginale du col ne mesurant guère plus de 5 centimètres ; j'appliquai alors l'anneau pessaire à tige, qui peut être décrit de la façon suivante :

C'est un anneau pessaire de 6 à 7 centimètres de diamètre avec une tige de 20 à 25 centimètres de longueur. Cette tige, fixée sur l'arc antérieur de l'anneau, est rigide ; mais on peut, à une distance de 2 à 3 centimètres de son insertion de l'anneau, lui donner une courbe dont la forme et l'étendue varient suivant chaque cas particulier, de façon à ne pas déterminer de pression sur les parties antérieures ou postérieures de la vulve. La tige, convenablement recourbée par la main de l'opérateur, vient se fixer sur une plaque pubienne, celle-ci étant maintenue en place au moyen d'une ceinture et de deux sous-cuisses.

L'appareil tout entier, anneau pessaire et tige, est garni d'un revêtement de caoutchouc, de façon à ne pas contondre, à ne pas irriter les parties avec lesquelles il se trouve en contact.

Déjà dans, une séance antérieure (14 août 1875), M. le professeur Verneuil vous a présenté l'anneau pessaire simple que j'emploie dans les cas de rétroversion et d'abaissement de la matrice. Cet anneau, dont la description vous a été donnée, n'est qu'une modification de l'anneau pessaire de Meigs de Philadelphie, et son principal avantage est, tout en conservant au vagin ses rapports naturels, de ne point agir directement sur l'utérus, mais indirectement par l'intermédiaire des insertions du vagin sur l'utérus.

L'anneau pessaire simple suffit souvent à maintenir, à réduire la hernie de l'utérus compliquée de cystocèle et de rectocèle, lorsque le périnée et l'anneau vulvaire présentent assez de résistance pour empêcher l'anneau pessaire de franchir la vulve. Mais lorsque le périnée et le sphincter vaginal ne peuvent plus retenir l'anneau, voici ce que j'ai observé : Sous l'influence d'un effort, l'arc antérieur de l'anneau pessaire vient s'engager sous l'arcade pubienne, et l'anneau franchit la vulve avec les organes qu'il devait maintenir. Après avoir observé ce mode de dégagement de l'arc antérieur de l'anneau, l'indication toute naturelle qu'il restait à remplir était d'empêcher le mouvement de dégagement de l'anneau

en maintenant fixé son arc antérieur. Je constatai qu'il suffisait d'opposer avec le doigt une faible résistance à l'arc antérieur pour empêcher son dégagement au-dessus du pubis. Je fis souder une tige métallique sur le ressort de l'anneau pessaire et je n'eus plus qu'à fixer cette tige sur une plaque sus-pubienne.

Je puis affirmer aujourd'hui que les femmes auxquelles j'ai appliqué cet anneau pessaire à tige en ont retiré un grand avantage. Je vous présente une malade qui, depuis le mois de décembre, peut se livrer à ses occupations sans fatigue, sans douleurs; l'anneau maintient parfaitement réduit le prolapsus utérin, compliqué de cystocèle et de rectocèle, et si vous jugez l'appareil contentif dont je fais usage digne de votre attention, je pourrai vous présenter d'autres malades affectées de prolapsus utérin au 3e degré et chez lesquelles, ainsi que l'ont déjà constaté plusieurs de vos collègues à l'hospice Saint-Antoine et à la Pitié, le résultat a dépassé mon attente.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel,
CRUVEILHIER.

Séance du 7 mars 1877.

Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger ;

2° Une brochure en russe sur : *Une nouvelle méthode de traitement des plaies et des ulcères par aération.*

3° M. Verneuil offre, de la part de M. le Dr Guillemaut, une thèse inaugurale intitulée : *Des polypes utérins à apparition intermittente.*

4° M. le Dr Dubuc adresse une observation de *lymphadénome malin* (commissaire : M. Trélat).

Rapports.

Rapport de M. Périer sur deux observations de M. Lemée, de Saint-Sever-sur-Adour.

Messieurs,

Je viens au nom d'une commission composée de MM. Tillaux, Polaillon et Périer, rapporteur, vous rendre compte de deux observations qui ont été adressées à la Société par M. le Dr Lemée, de Saint-Sever-sur-Adour.

La première de ces observations a pour titre : *Opération de la taille chez une fille de* 9 *ans, par la méthode uréthrale. — Extraction d'un calcul pesant* 15 *grammes et ayant au centre une aiguille.*

L'enfant qui fait le sujet de cette observation commença, en août 1872, à se plaindre de douleurs dans le bas-ventre, en même temps la miction devint fréquente et douloureuse. Ces accidents augmentèrent de jour en jour, la marche devint pénible, la miction difficile, puis, à la fin de septembre, survint une incontinence d'urine. Enfin, le 8 novembre, l'enfant ne pouvant plus quitter le lit, M. Lemée fut appelé à lui donner des soins. Le cathétérisme fit reconnaître de suite l'existence d'un calcul vésical paraissant très-volumineux.

Sous l'influence des bains et des émollients intra et extra, les phénomènes aigus s'amendèrent, la fièvre tomba et le ventre cessa d'être douloureux à la pression.

Le 12 octobre, il fut procédé à l'opération. Il y a lieu de regretter ici la brièveté de l'observation, où il est dit qu'après anesthésie, « l'opération pratiquée suivant la méthode dite uréthrale n'a présenté aucun incident fâcheux. — Incision étendue jusqu'au pubis, en prévision d'un calcul d'un gros volume. — Extraction en effet laborieuse malgré l'étendue de l'incision. »

Les suites de l'opération furent simples. Dès le 25 octobre, 13 jours après l'opération, l'enfant se levait et n'avait d'incontinence d'urine que la nuit; l'incontinence avait complétement cessé le 14 septembre.

Le calcul, examiné immédiatement après l'extraction, présentait une forme ovoïde, et avait 45 millimètres dans son plus grand diamètre et 26 dans le plus petit. Il pesait 15 grammes; sa substance, friable, spongieuse, se délitait facilement; un trait de scie fit découvrir à son centre une aiguille rouillée, incrustée de sels calcaires et qui, de l'aveu de l'enfant, avait séjourné deux ans dans la vessie.

Cette observation nous montre un corps étranger métallique et aigu séjournant pendant 22 mois dans la vessie sans qu'on ait soupçonné sa présence; les accidents ne paraissent dus qu'à

l'excès de volume du calcul, mais ils se sont accrus avec rapidité et ont bientôt nécessité l'intervention chirurgicale. Notre confrère ne paraît pas avoir hésité dans le choix de la méthode, et il faut reconnaître que le succès justifie sa détermination.

Il ne devait pas songer à la lithotritie, qui n'est généralement pas applicable aux enfants de cet âge. Dans le cas actuel, le volume du calcul et la présence d'une tige métallique dans son centre auraient très-probablement causé de sérieuses complications, alors même que la lithotritie eût été précédée de la dilatation de l'urèthre. Quant à la dilatation simple, il eût fallu la pousser au delà des limites permises pour fournir à la pierre une voie suffisante.

Restaient les diverses espèces de taille.

Si M. Lemée avait suivi la pratique de MM. Thomas Smith et Howard Marth, exposée dans les *Archives de médecine* d'octobre 1871, et préconisée tout récemment par M. Walsham, dans les comptes rendus de l'hôpital Saint-Barthélemy, de Londres, pour 1875, il eût choisi la lithotomie vaginale. Nous croyons que la taille vaginale, bonne chez l'adulte, n'est pas toujours justifiée chez l'enfant. M. Walsham, grand partisan de cette méthode, recommande, pour en facititér l'application, de dilater le vagin, d'inciser la fourchette et de broyer la pierre à travers la cloison, si cela est jugé nécessaire. Il affirme qu'en agissant ainsi l'on ne court aucun risque de fistule vésico-vaginale permanente, pourvu que les bords de l'incision n'aient pas été froissés pendant l'extraction. Mais il paraît que ce froissement n'est pas toujours facile à éviter, car il ajoute : « Après que l'incision aura été prolongée jusqu'aux limites convenables, si la pierre paraît encore trop volumineuse pour qu'on puisse l'extraire facilement et que le broiement soit considéré comme inopportun et impraticable, il vaut mieux ouvrir la vessie au-dessus du pubis que d'exposer le malade au danger d'une fistule permanente en lacérant les bords de la plaie par une extraction forcée. »

Les conclusions de M. Walsham s'appuient sur une statistique de 63 cas, mais il faut noter que sur ce nombre, il n'y a que cinq observations de taille uréthrale par incision antérieure et huit de lithotomie vaginale. L'incontinence d'urine fut notée deux fois dans la première série et deux fois dans la seconde, ce qui donnerait pour la taille uréthrale un insuccès opératoire de 40 0/0, et seulement de 25 0/0 pour la taille vaginale. Mais ces statistiques portent sur un trop petit nombre de faits pour qu'on en puisse tirer des conclusions utiles, puisqu'il suffit, en effet, de la seule observation de M. Lemée pour réduire de 40 à 33 0/0 le chiffre des insuccès.

Un argument plus sérieux, c'est que l'incontinence qui succède

à la taille vaginale, étant le résultat d'une fistule vésico-vaginale, peut toujours être considérée comme curable, tandis que l'incontinence consécutive à la taille uréthrale serait, d'après M. Walsham, toujours incurable. Or, je trouve dans la thèse d'Hybord deux observations dues à M. Richet, où la taille uréthrale fut suivie, dans un cas, d'une incontinence d'urine qui dura six mois et guérit complétement au bout de ce temps ; dans le second cas, elle dura plusieurs semaines et cessa sous l'influence de quelques cautérisations au nitrate d'argent. Il est vrai qu'il s'agit d'adultes, mais on ne voit pas pourquoi les choses ne se passeraient pas de même chez les enfants ; d'ailleurs, chez la malade du Dr Lemée, l'incontinence a été complète pendant 13 jours et seulement nocturne pendant 20 autres jours. Si maintenant nous remontons aux observations indiquées dans la statistique de M. Walsham, nous voyons que les deux cas de taille uréthrale antérieure notés d'incontinence d'urine se rapportent : l'un à une fille de 10 ans, qui avait un calcul du volume d'une noix ; la dilation ayant été pratiquée, on fit des efforts infructueux d'extraction, ensuite on pratiqua une incision de l'urèthre en avant ; l'enfant guérit, mais eut de l'incontinence pendant tout le temps qu'elle resta en observation. Ce temps n'est pas spécifié, et l'incontinence est qualifiée par l'adjectif anglais *occasional*, ce qui semblerait dire qu'elle n'était pas constante.

Le second cas est celui d'une fille de 15 ans, chez laquelle on fut obligé de pratiquer deux incisions. La pierre paraît avoir adhéré à la vessie ; trois jours après l'opération, il y eut une hémorrhagie très-grave. Cependant l'opérée partit guérie, mais il est dit qu'un mois après l'opération elle avait encore un peu d'incontinence (*she still had some little incontinence*). M. Walsham a emprunté ces observations à un relevé publié dans le *Medical Times and Gazette* de 1859, et s'est contenté de mettre à la colonne des résultats le mot : *incontinence*.

Mais cela ne suffit pas, suivant nous, pour affirmer l'incurabilité de l'incontinence qui succède à la taille uréthrale. D'autre part, M. Walsham paraît redouter assez l'incurabilité des fistules vésico-vaginales chez les enfants pour conseiller d'abandonner l'opération commencée et de recourir à la taille hypogastrique plutôt que de contondre les bords de la plaie.

Nous dirons que M. Lemée a été bien inspiré en ayant recours à la taille uréthrale ; nous croyons qu'en pratiquant cette opération, si l'on prend soin de ne pas froisser les bords de la plaie, on ne sera pas plus exposé à voir persister l'incontinence d'urine qu'après une taille vaginale pratiquée avec les même précautions; on aura du moins l'avantage de n'avoir pas fendu l'hymen, fendu la

fourchette, dilaté le vagin et fait une plaie dont la suture, déjà difficile chez l'adulte, doit l'être bien davantage chez l'enfant.

La deuxième observation de M. Lemée a pour titre : Haricot introduit dans le larynx d'un enfant de 8 ans, descente du haricot dans la trachée, séjour de ce corps étranger et rejet spontané le 63e jour.

Un enfant de 8 ans, fort bien constitué, trouvant des haricots sur une table, en mit plusieurs dans sa bouche. Sous l'influence d'un effort d'inspiration, l'un de ces haricots s'engagea dans les voies aériennes, les autres furent rejetés ou avalés.

La suffocation qui s'en suivit fit qu'on manda sur-le-champ le Dr Lemée. A son arrivée notre confrère trouva l'enfant cyanosé, ayant la main à la gorge, et demandant, d'une voix altérée qu'on lui retirât ce haricot. Le Dr Lemée porta son doigt dans l'arrière-gorge, et sous l'influence de la nausée provoquée par cette exploration, il put ramener avec le doigt un haricot en tout semblable à ceux que l'enfant s'était mis dans la bouche. Il survint un calme qui rassura tous les assistants, à l'exception du Dr Lemée qui, malgré un deuxième examen, cette fois négatif, crut avec peine que le corps rejeté pût provenir des voies aériennes. En effet, quelques instants après, il survint un nouvel accès de suffocation assez court, suivi d'une minute de calme, puis l'enfant suffoqua de nouveau et eut une crise qui dura près de dix minutes. A la suite d'une forte inspiration, accompagnée d'un bruit particulier, la respiration se rétablit et l'enfant tomba dans un sommeil comateux, pendant lequel on constata à l'auscultation, en avant et en arrière, une respiration régulière et profonde avec quelques râles muqueux seulement en avant.

A partir de ce moment, l'enfant ne présente plus d'autre phénomène qu'une toux qui revient chaque fois qu'il est dans le décubitus horizontal et cesse dès qu'il est assis. Le soir du 1er jour, la respiration est très-nette des deux côtés, on ne perçoit pas de bruit anormal dans la trachée ; le lendemain, il y a des râles muqueux et quelques quintes de toux grasse ; le surlendemain, l'enfant se lève et joue.

Le 12 octobre, 12e jour, la toux a persisté, il y a des râles muqueux généralisés, un léger état fébrile : on ordonne un ipéca qui amène du calme. Le 13, la respiration est plus gênée que de coutume, l'enfant ne peut toujours pas garder le décubitus horizontal.

Les jours suivants, amélioration : l'enfant reprend ses jeux, tout en continuant à tousser ; la toux s'accompagne de l'expectoration de mucosités assez épaisses. Le Dr Lemée resta un mois sans voir le malade. Le 15 novembre, un mois et demi après l'accident, il fut appelé de nouveau, parce que dans la nuit précédente l'en-

fant avait eu quelques accès de suffocation après les quintes de toux. Il a de la fièvre, et à l'auscultation on entend des râles muqueux généralisés, puis à droite, en arrière, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, on perçoit un bruit qui rappelle le bruit de frottement produit par les fausses membranes de la plèvre, mais profondément situé. Ce bruit, qui siége au centre du poumon, s'entend pendant l'inspiration. Un vomitif produit une amélioration qui se maintient jusque vers le 1er décembre. La veille de ce jour la toux est devenue plus fréquente et il y a eu une dixaine d'accès de suffocation. Un vomitif fait rejeter une grande quantité de mucosités épaisses. M. Lemée constate, avec son confrère le Dr Dufoux, qu'à chaque expiration une forte odeur de haricot s'exhale de la poitrine du malade. Les parents le constatent également et ne conservent plus de doute sur la présence d'un corps étranger.

Devant ces nouveaux accidents, M. Lemée se tint prêt à faire la trachéotomie. Mais vers 5 heures du soir, à la suite d'un grand effort de vomissement, l'enfant expectore des fragments de pulpe de haricot représentant à peu près le tiers du cotylédon avec une portion d'enveloppe correspondante; l'enfant est très-abattu : sirop d'éther et de morphine pour passer la nuit. Il y a de gros râles muqueux généralisés dans la poitrine et dans la trachée, où il existe en même temps de la sibilance.

L'opération est renvoyée au lendemain. Le lendemain, 2 décembre, à 4 heures du matin, l'enfant éprouvait une grande gêne de la respiration, la face était congestionnée, la voix altérée; la toux suffocante cessait quand on entendait un bruit particulier, comme celui d'un corps étranger qui se déplacerait dans le larynx. Comme la veille, l'haleine avait une forte odeur de haricot. Un vomitif fait rejeter des mucosités purulentes. Enfin, à 9 heures du matin, expectoration d'une demi-tasse de muco-pus, mêlé de quelques stries de sang : au milieu du liquide on constate la présence du haricot recouvert de son enveloppe, moins la portion expulsée la veille. La pulpe, un peu macérée, avait conservé une consistance, un volume et une coloration ordinaires.

L'enfant se rétablit très-rapidement, et en peu de jours il avait recouvré sa santé habituelle.

Si l'on se rappelle que Roux, après avoir compulsé un grand nombre d'observations de corps étrangers dans les voies aériennes, dit n'en avoir pas vu une seule dans laquelle la mort n'ait eu lieu après le 4e jour, lorsque c'était un haricot, et que Nélaton cite cette remarque sans la contredire, on comprendra l'intérêt que présente l'observation de M. Lemée. Nous devons ajouter que ce n'est pas la seule de ce genre. Notre collègue, M. Guyon, dans son

remarquable article du *Dictionnaire des sciences médicales,* signale trois cas observés par Lebouis, Debout, Moudière, dans lesquels des haricots, après un séjour plus ou moins long dans les voies aériennes, se sont fragmentés et dont les cotylédons ont été séparément expulsés. On peut y ajouter le fait observé par Rendu : une graine de ce genre fut expulsée après un séjour de deux mois. On voit donc que le pronostic n'est pas aussi fatalement grave que le laissait supposer Nélaton.

Dans l'observation de M. Lemée, le corps étranger paraît être resté libre pendant tout le temps de son séjour. On ne saurait, il me semble, expliquer autrement la toux survenant chaque fois que le malade se mettait en décubitus horizontal et cessant pendant la station assise. Il est également probable, d'après les détails de l'observation, que dans cette dernière attitude le haricot se logeait dans la bronche droite, rendez-vous habituel des corps étrangers.

Dès le premier moment, M. Lemée avait eu l'intention de faire la trachéotomie, mais la cessation des accidents et l'incertitude occasionnée par l'expulsion d'un haricot le déterminèrent à attendre tout en se tenant prêt à intervenir. L'occasion ne s'en présenta qu'au bout de deux mois, et cette fois le rejet d'un premier fragment fit encore surseoir à l'opération, et finalement il n'y eut pas lieu d'opérer. Il est difficile de dire s'il y aurait eu bénéfice à ouvrir la trachée de bonne heure. Debout[1] pratiqua la trachéotomie sur un enfant de 7 ans qui venait de s'introduire un haricot dans les voies aériennes, et ne put obtenir l'issue immédiate du corps étranger. Les cotylédons sortirent séparément un mois après par la glotte. Le haricot avait séjourné dans le larynx, d'où, peut-être, on aurait pu le chasser en le poussant de bas en haut par la plaie trachéale, mais il n'y eut pas de tentative de ce genre. Néanmoins le bénéfice de la trachéotomie fut incontestable.

D'après les détails de l'observation de Debout, on est autorisé à admettre que le haricot, d'abord libre, ne s'était fixé que secondairement dans le larynx. Or, cet arrêt secondaire au niveau de la glotte a souvent causé la mort subite aux périodes les plus diverses. Ce danger, les malades y sont exposés pendant toute la durée du séjour du corps étranger dans les voies aériennes, et nous pouvons affirmer que le malade du Dr Lemée en a été menacé pendant 63 jours. La trachéotomie, quel que soit le degré de gravité propre qu'on lui attribue, aurait écarté ce péril infiniment plus sérieux d'une asphyxie immédiate à laquelle il est rare qu'on ait le temps de remédier. D'accord avec la plupart des chirurgiens,

[1] *Bulletins de la Société de chirurgie*, t. Ier, p. 518.

et malgré le succès obtenu par M. Lemée, nous croyons qu'il faut toujours opérer le plus tôt possible, mais nous reconnaissons que dans le fait qui vous est présenté l'hésitation était permise.

En terminant, j'appellerai votre attention sur un symptôme qui, à ma connaissance, n'avait pas encore été signalé, je veux parler de l'odeur caractéristique exhalée par le malade dans les jours qui ont précédé l'expulsion du corps étranger. Dans un cas douteux, ce symptôme prend une valeur pathognomonique, et de plus, hypothèse qui me paraît bien vraisemblable, il indiquerait la rupture de l'enveloppe et la désagrégation prochaine de la graine.

Messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remerciements à M. le Dr Lemée ;

2° De renvoyer ses observations au comité de publication.

Discussion.

M. Anger. J'ai pratiqué deux fois la taille chez la femme : ces deux faits sont inédits, et je crois que leur relation ne sera pas dépourvue d'intérêt.

La première fois, il s'agissait d'une femme de 45 ans, qui, depuis 1873, souffrait de douleurs vésicales incessantes. Je constatai la présence d'un calcul que j'enlevai avec un lithotome et une pince ; j'ai revu la malade 5 ou 6 fois, elle ne souffre plus et n'a pas d'incontinence.

Le deuxième fait a trait à une jeune fille de 18 ans, qui avait des douleurs intolérables le jour et la nuit ; elle était pâle, exsangue et présentait de la fièvre le soir. Je reconnus la présence d'un calcul et me décidai à l'opération. Je fis une première incision à l'urèthre en haut, mais le calcul saisi ne put être amené ; avec un bistouri boutonné, je pus agrandir mon incision, et avec l'aide d'une pince de Mureux, je pus enlever le calcul.

Les douleurs intolérables nous furent expliquées par la forme du calcul, qui était mural. Il y eut une petite hémorrhagie, qui s'arrêta ; pendant quelques jours, la malade fut prise d'incontinence diurne et nocturne. Voilà donc deux cas de taille uréthrale qui me paraissent militer en faveur de ce procédé ; dans mon deuxième cas en particulier, où la membrane hymen existait, la taille vaginale ne me paraissait pas convenir.

M. Paulet. J'aurais pu apporter un calcul enlevé chez une petite fille de 12 ans. Il faut préciser l'âge des malades du sexe féminin. Chez les adultes, on a le choix des méthodes ; mais chez les petites filles, chez la mienne surtout, qui était très-peu développée, on ne

peut opérer par le vagin. Je voulus d'abord faire la lithotritie, et, bien que j'aie eu recours à des instruments de plus en plus puissants, je ne pus briser le calcul. Je fis alors la taille uréthrale en fendant l'urèthre en haut. Les suites de l'opération furent simples; il y eut pendant quinze jours de l'incontinence, puis toutes les fonctions se rétablirent.

M. Verneuil. Il est évident que j'approuve la conduite de M. Paulet, qui avait affaire à un calcul d'oxalate de chaux, et qui l'a extrait au grand bénéfice de sa malade. Je pose pourtant en principe que, chez la femme, lorsque la lithotritie est possible, c'est elle qui me paraît devoir être tentée.

Si la lithotritie est contre-indiquée, c'est à la taille vaginale que j'aurais recours; enfin, pour les calculs très-volumineux, reste la taille sus-pubienne.

La taille uréthrale a contre elle la persistance de l'incontinence d'urine. J'ai vu un cas dans lequel on pratiqua la taille uréthrale, puis, le calcul étant trop gros pour pouvoir s'engager, on fit immédiatement la taille sus-pubienne; la taille sus-pubienne guérit très-vite, mais la malade conserve encore son incontinence.

Pour me résumer, je dirai : 1° chez l'enfant, si le calcul est friable, lithotritie; si le calcul est gros, taille sus-pubienne; 2° chez l'adulte, si la lithotritie n'est pas possible, il faut faire la taille vaginale, car la cure des fistules vésico-vaginales est très-aisée avec nos moyens actuels.

La taille uréthrale doit devenir la méthode d'exception; et à côté, je rangerai la dilatation forcée de l'urèthre, depuis que j'ai vu mourir en six jours une jeune femme à laquelle on avait pratiqué la dilatation. Ce sont des méthodes qui exposent à l'incontinence.

M. Tillaux. Je n'ai pas de fait personnel, mais je crois qu'en raison de la contradiction des auteurs, il faudrait tirer au clair cette question. Malgaigne, partisan de la taille vaginale, condamne l'uréthrale; M. Reliquet est d'un avis opposé, il conseille la dilatation avec chloroforme, car l'agent anesthésique permettrait d'éviter les ruptures, causes de tous les accidents observés dans le cas de dilatation.

M. Verneuil nous conseille la lithotritie; je ne crois pas que ce soit l'opinion des hommes qui ont le plus appliqué la lithotritie. L'urèthre est, il est vrai, court et sans courbure chez la femme; mais, par cela même, le liquide nécessaire pour manœuvrer dans la vessie s'échappe facilement, aussi donnerai-je la préférence à la taille chez la femme.

M. Lannelongue. M. Tillaux fait une condition essentielle, pour

pratiquer la lithotritie, d'agir dans une vessie remplie de liquide. Je suis d'une tout autre opinion; je crois plus facile d'opérer *à sec*, si je puis employer cette expression. J'ajoute que je crois la tolérance de la vessie, que l'origine en soit ou non dans les nécessités sociales, plus grande qu'on ne l'a dit; j'excepte toutefois les petits enfants, chez lesquels le corps étranger du plus mince volume détermine une irritation très-forte.

Quant au parallèle qu'on a cherché à établir entre la taille et la lithotritie, sujet bien traité par M. Hybord, après Guersant, je crois pouvoir en déduire que la lithotritie est facile. Qu'il y ait des faits non passibles de la lithotritie, cela est certain; il faut faire un diagnostic exact; connaître les dimensions, la consistance du calcul, etc. Pour peu que le calcul soit volumineux, je donnerai la préférence à la taille vésico-vaginale, dont toute trace disparaît par une suture bien ordonnée.

M. Duplay. A défaut d'expérience personnelle, je tiens à donner des renseignements empruntés aux chirurgiens étrangers; cette question est traitée dans un mémoire consigné dans un des derniers numéros des *Archives :*

En Amérique, c'est la taille vaginale qui est la règle.

Quant à la lithotritie, je me range à l'avis de M. Tillaux, qui la redoute chez la femme par suite de l'issue facile du liquide.

La lithotritie faite à sec me paraît une hérésie; il faut un liquide, que ce soit de l'eau ou de l'urine. Thompson, qui est opposé aux injections, ne vide pas la vessie et opère dans un organe moyennement distendu.

M. Desprès. Je suis d'avis que la taille uréthrale ne donne pas plus de place que la dilatation, ainsi que j'ai pu m'en assurer par cette dernière il y a quelques mois : à ce point de vue, la taille vésico-vaginale a une grande supériorité.

Quant à la lithotritie, j'appelle la faire à sec ne pas faire d'injection dans la vessie, agir, en un mot, dans une vessie telle qu'elle est au moment où l'on opère.

La statistique de M. Giraldès donne une mortalité plus grande par la lithotritie que par la taille pour les petits garçons; il doit en être de même pour les petites filles. La statistique de Guersant me paraît avoir été faite d'enthousiasme; elle est trop favorable pour la lithotritie, dont la manœuvre est si difficile chez les enfants, où l'on est exposé à pincer la paroi vésicale, ce qui explique la mort par péritonite.

M. Marjolin. Bien que je n'aie vu aucun cas de calcul chez les petites filles pendant les dix-huit ans que j'ai passés à Sainte-

Eugénie, je puis assurer que chez les enfants la vessie supporte mal les liquides, et qu'il faut pousser très-lentement l'injection si on veut distendre un peu le réservoir urinaire.

M. Le Fort. Je crains qu'il n'y ait confusion sur la pratique des injections intra-vésicales. M. Desprès nous dit qu'il appelle faire la lithotritie à sec ne pas faire d'injection. Mais si la vessie contient beaucoup d'urine, on ne pourra dire qu'on opère à sec. En fait, il faut pour opérer une certaine quantité de liquide. Thompson injecte de 150 à 180 grammes d'eau dans la vessie. Le maniement des instruments est rendu plus facile, on ne contond pas les parois, les fragments qu'on fait éclater ne sont pas projetés avec force. La grande objection que faisaient les Anglais à la taille d'Alarton, qui était notre lithotritie périnéale, c'est que, brisant la pierre dans un réservoir vide, les fragments venaient contondre les parois de la vessie.

Quant aux statistiques et en particulier à celle de Guersant, M. Desprès veut-il dire que ce chirurgien donnait des résultats faux? en 1828, Guersant était opposé à la lithotritie ; plus tard il s'y est rallié. Il faut prendre la statistique intégrale, et, en faisant la défalcation des cas de complications indépendantes de l'opération, on trouve que la mortalité de la taille et de la lithotritie se balance à une décimale près.

M. Verneuil. Ce serait exagérer que de dire que l'on ne peut manœuvrer dans une vessie vide; ce matin encore, j'ai introduit une sonde chez une de mes opérées de fistule vésico-vaginale qui avait présenté un calcul à une exploration antérieure; je n'ai pu retrouver le calcul, mais j'ai pu manœuvrer à mon aise dans la vessie à l'état de vacuité. Il faut admettre de grandes différences entre les diverses vessies, mais on peut dire d'une manière générale que la manœuvre est facilitée par l'injection de 100 à 150 grammes d'eau que l'on fera pénétrer tiède et progressivement.

M. Lannelongue. En me servant du terme à sec, je voulais dire qu'il ne fallait pas injecter de liquide. J'ajoute, comme correctif, que je n'ai jamais entendu dire qu'il fallait vider la vessie avant d'opérer. Je ne m'inquiète pas de savoir, pour ma part, s'il y a ou non de l'urine dans la vessie, et j'ai vu Thompson introduire le lithotriteur peu d'instants après que la malade avait uriné.

M. Trélat. Voici la pratique qui me paraît la plus rationnelle. Je vide la vessie afin de me renseigner sur la tolérance de l'organe, la nature du liquide, puis je fais une injection lente, modérée et tiède; cela me paraît plus sage que d'aller à l'aventure sur des

vessies très-différemment distendues. Pour moi, je commence par vider, puis je remplis modérément.

M. Desprès. Nous sommes très voisins d'un accord ; nous ne vidons pas la vessie, comme le fait M. Trélat avant d'opérer, parce que nous l'avons examinée huit jours avant ; j'ajoute que Nélaton opérait sans introduire de liquide dans la vessie. Je prends la statistique de Guersant, publiée par lui, et plus tard par Giraldès, et j'y vois que la mortalité de la taille est de 8 sur 104 cas, c'est-à-dire à peu près 7 0/0 ; la mortalité de la lithotritie est de 7 sur 40 opérations, c'est-à-dire de 15 0/0 environ. Donc, en mettant sur le même plan la taille et la lithotritie, Guersant a parlé d'enthousiasme.

M. Le Fort. M. Desprès prend la statistique de Guersant dans le livre de Giraldès ; j'ai consulté les publications de Guersant lui-même, j'ai pris à la fois sa statistique de la ville et de l'hôpital, et je répète que les deux opérations donnent une mortalité identique, à une décimale près.

M. Tillaux. Je désire ramener la discussion à son point de départ. M. Verneuil nous dit qu'il faut tenter d'abord la lithotritie dans la majorité des cas ; mais cette opération est plus grave chez la femme ; quelle en est la raison ? Je me suis demandé si ce n'est pas par suite de l'impossibilité où l'on est de maintenir la vessie distendue, par suite de l'échappement du liquide et du froissement des parois qui est la conséquence de l'opération faite véritablement à sec.

M. Sée. Je ne voudrais point laisser dire que M. Nélaton n'injectait pas de liquide : je lui ai vu briser en dix séances une grosse pierre, et chaque fois il vidait la vessie et y faisait une injection.

M. Duplay. Il y a une pratique qui tend à dominer pour la lithotritie, c'est d'aller vite et d'abréger les séances. On peut donc ne pas faire d'injection si le malade a uriné depuis quelque temps ; Thompson supprime le temps de l'injection, de même qu'il n'introduit plus à plusieurs reprises du liquide pour favoriser l'évacuation des fragments. En résumé, supprimer les temps non absolument nécessaires, mais ne pas opérer à sec, et ne pas dire qu'on opère à sec lorsqu'il reste du liquide.

M. Périer. Mon rapport n'a trait qu'aux calculs chez les petites filles. D'après la statistique de Walsham, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy, de Londres, qui comprend 63 cas de calculs, la lithotritie est une mauvaise opération chez les petites filles. La première tentative doit être la dilatation, à moins d'un calcul très-

volumineux qui exige la taille hypogastrique : la taille vaginale, malgré la suture, peut laisser une fistule vésico-vaginale. Je ne suis pas convaincu que la taille uréthrale laisse aussi souvent que le pense M. Verneuil une incontinence ; dans le cas qu'il nous a cité, il est probable qu'avant de faire la taille sus-pubienne on avait exercé de grandes tractions.

Je ne puis accepter l'opinion de M. Desprès, que la taille uréthrale ne donne pas plus de place que la dilatation ; les observations prouvent le contraire, puisque des calculs qu'on n'avait pu extraire par la dilatation ont été retirés par la taille uréthrale.

Communications.

Luxation scapulo-humérale. — Rupture de l'artère axillaire. — Anévrysme faux primitif de la région axillaire. — Ligature de l'artère sous-clavière suivie immédiatement de la désarticulation de l'épaule. — Mort.

par M. Ledentu.

Le vendredi 16 février 1877, entrait à l'Hôtel-Dieu un homme qui, le mercredi précédent, était tombé du haut d'une charrette chargée de foin. A la visite du 17, je constate chez lui l'existence d'une luxation de l'épaule gauche. La saillie de l'acromion, l'aplatissement de la région deltoïdienne, l'abduction assez prononcée du bras, l'impossibilité des mouvements volontaires, ne laissent aucun doute sur le déplacement de la tête humérale. L'exploration de la paroi antérieure de l'aisselle permet d'en sentir le relief au-dessous de l'apophyse coracoïde, et malgré une crépitation intense mais sourde que déterminent les mouvements de rotation imprimés à l'humérus, je rejette l'idée d'une fracture du col ou de la cavité glénoïde.

Néanmoins la luxation est loin d'être simple ; car, d'une part, tous les muscles du membre supérieur sont frappés d'une paralysie complète, et d'autre part, le pouls manque totalement en avant du radius et à la face interne de l'humérus. Cette circonstance me ramène à une exploration plus attentive de la région axillaire, et alors je constate ce qui suit :

Une tuméfaction accompagnée de tension des téguments et de dureté des tissus sous-cutanés occupe toute la région limitée en dedans par les attaches du petit pectoral, en bas par le bord de l'aisselle qui est un peu bombé, en dehors par l'humérus déplacé et les attaches deltoïdiennes, en haut par la clavicule. Ce dernier os recouvre un peu plus que dans l'état normal la partie profonde de la région sus-claviculaire.

L'extrémité des doigts appliquée perpendiculairement sur chacun des points où existe cette tuméfaction est soulevée partout, excepté en dehors de l'humérus, par des battements que l'œil perçoit encore

mieux que le tact. C'est dans le creux axillaire, actuellement saillant et convexe, qu'ils ont leur maximum d'intensité.

Un souffle fort, suivant de très-près les pulsations cardiaques, s'entend sans peine partout où il y a des battements ; il est accompagné d'un peu de frémissement, mais ne se prolonge pas beaucoup au delà de la systole ventriculaire.

Au voisinage de cette région, à sa partie interne, s'entend un autre bruit de souffle qui précède de quelques instants celui que nous venons d'indiquer et coïncide exactement avec le premier bruit du cœur. Son maximum est à la base, mais il est encore très-net à la pointe. Dans aucun de ces points il n'occupe tout le petit silence. Au second temps, à la la base, exagération du bruit normal. L'orifice aortique est donc certainement malade et ses valvules doivent être atteintes de lésions qui rendent l'écoulement du sang difficile du cœur dans l'aorte et donnent lieu à un renforcement très-marqué du second bruit.

La radiale droite se laisse facilement déprimer par le doigt ; on ne sent pas à travers les téguments de plaques athéromateuses occupant l'épaisseur de sa paroi. La même remarque est applicable à l'humérale droite.

Le bras gauche est empâté, adémateux dans certains points. Outre la paralysie du mouvement qui est y absolue, il y a encore à noter une anesthésie complète aux doigts, à la main, sur la face externe de l'avant-bras ; la sensibilité existe, mais faiblement, à la face antéro-interne de l'avant-bras et sur la plus grande partie du bras et du moignon de l'épaule, sauf la zone de distribution du rameau cutané de l'axillaire. Ici l'insensibilité est aussi absolue qu'à la main.

Le bras luxé présente, de l'acromion à l'épithroclée, un allongement de plus de 1 centimètre relativement à l'autre.

Une ecchymose foncée colore en bleu noirâtre les téguments de l'aisselle ; la paroi antérieure de l'aisselle offre plutôt une teinte brunâtre diffuse qu'une teinte ecchymotique franche. Sur le dos, les lombes et les flancs, se voient des traces évidentes de contusions violentes.

L'aspect général du sujet est digne d'attention. Au lieu des 57 ans qu'il a réellement, on lui en donnerait 70 sans hésiter. Son teint d'un blanc jaunâtre, mêlé de bistre, la sécheresse de sa peau, les croûtes nombreuses de prurigo dont son dos est parsemé, les poux qui fourmillent dans ses cheveux, révèlent chez lui le triste assemblage de la misère, de la saleté et de l'anémie. Ajoutons, pour compléter ce tableau, que le blessé a avoué sans hésitation qu'il buvait chaque matin plusieurs verres d'eau-de-vie ; mais il n'avoue pas que l'ivresse ait jamais été chez lui une habitude, ni un accident fréquent.

Il nous est permis de supposer l'existence de lésions viscérales se rattachant à l'alcoolisme ; mais rien ne permet de les affirmer, sauf du côté du cœur. Le foie a son volume normal, et l'urine ne contient ni sucre, ni albumine.

Bien que le malade soit un peu affaissé, il ne présente pas de stupeur proprement dite, et il réagit parfaitement chaque fois que les mouvements imprimés au bras éveillent des douleurs. Le bras luxé

n'est pas plus froid que l'autre, mais le malade dit que la veille il était plus sensible au froid.

Interrogé sur les circonstances qui se sont succédé pendant et depuis sa chute, le malade raconte qu'il est tombé d'une hauteur d'environ 4 mètres, le bras écarté du tronc, qu'au moment où il atteignit terre, il ressentit une vive douleur dans l'épaule, que tout de suite après la chute il s'aperçut que la main était *morte* comme au moment où nous l'examinions, qu'au bout de trois heures environ, il éprouva des fourmillements dans l'épaule et dans le bras, qu'alors apparut l'empâtement noté plus haut, que pendant la nuit les douleurs et les fourmillements l'empêchèrent de dormir, et qu'enfin le lendemain matin seulement il constata pour la première fois que son membre était frappé d'insensibilité.

Tous ces détails relevés avec soin par M. Lebec, interne du service, ont été confirmés par mes propres explorations, et par les questions que j'adressai à mon tour au blessé.

Dans ces conditions fallait-il chercher à obtenir la réduction de la luxation ? Évidemment non. C'eût été s'exposer à rompre la poche de très-récente formation dans laquelle était contenu le sang. Je me bornai donc à faire tirer sur le bras par un seul aide, dans une direction oblique en bas et en dehors ; la luxation ne s'étant pas réduite de suite, je n'insistai pas et renvoyai le malade à son lit.

Le 17 au soir, une tuméfaction considérable occupait la partie latérale externe du dos. Elle s'était produite depuis le matin et ne pouvait être due qu à une infiltration diffuse de sang. On ne percevait alors à ce niveau ni battements, ni souffle. La fluctuation était évidente.

Le 18 au matin, je constate cette tuméfaction et lui donne la même interprétation. Toujours pas de souffle ni de battements, mais une fluctuation molle très-accusée. L'omoplate est un peu soulevée en arrière, la clavicule est repoussée en haut. Descendant jusqu'aux limites du thorax, la tuméfaction se confond par en haut avec celle de la région axillaire.

Rien de changé dans cette région; mais le souffle et les battements ont gagné la région deltoïdienne dans sa partie antérieure. On perçoit les unes et les autres au-dessous de l'acromion.

Température, 37°2. Pouls, 92.

Le soir, température, 38°5. Pouls, 100.

Le 19 au matin, température, 37°5. Pouls, 100.

Le soir, 38°8 et 108 pulsations.

Le 20 au matin, 38° et 100 pulsations.

Bien que le malade ait souffert dans l'aisselle et ait mal dormi, son état général ne s'est pas aggravé. La teinte blanc jaunâtre des téguments est à peu près la même.

Une situation aussi dangereuse ne pouvant se prolonger sans dommage pour le blessé, je crois le moment favorable pour mettre à exécution le plan opératoire que m'ont suggéré mes réflexions, et les recherches auxquelles je me suis livré depuis trois jours.

Comme il serait tout aussi inopportun qu'au premier jour de cher-

cher à réduire, je suis bien décidé à ne plus m'occuper de la luxation. Il s'agit avant tout de sauver la vie du blessé ; l'usage ultérieur de son membre ne peut venir qu'en seconde ligne dans nos préoccupations actuelles.

Il nous faut opter entre la désarticulation de l'épaule et un moyen moins radical, tel que la ligature de l'artère sous-clavière. Cette dernière arrêterait les progrès de l'anévrysme faux primitif, et pourrait même le guérir, si la situation n'était pas rendue complexe par l'envahissement de la cavité scapulo-humérale par le sang. La suppuration du foyer étant considérée par tous les auteurs comme une conséquence fatale de cette complication, la ligature de la sous-clavière ne pouvant s'opposer à la suppuration, et exposant en outre à la gangrène du membre, mon avis est, en dernière analyse, qu'il n'y a qu'un moyen de sauver les jours du malade, c'est de pratiquer la désarticulation de l'épaule. Cette opération me semble indiquée encore par la paralysie du membre supérieur.

Mais d'autre part, comme je crois qu'il serait imprudent, vu l'état d'anémie du malade, de désarticuler en plein anévrysme, et que les causes qui ont déterminé la rupture de l'axillaire pourraient bien en rendre la ligature difficile dans la plaie, je m'arrête définitivement au plan opératoire suivant :

1° Poser une ligature d'attente sous la sous-clavière ;

2° Faire comprimer l'artère sur la première côte par un aide ;

3° Procéder à la désarticulation, et lier l'axillaire dans le lambeau interne ;

4° Serrer le fil de la sous-clavière dans le cas où la compression serait difficile à faire, et où l'axillaire ne pourrait être convenablement liée.

Le lundi soir, 38°8 et 108 pulsations.

Le mardi 20, au matin, le malade refuse l'opération. La température était de 38°, le pouls à 100.

Le soir, température, 38°6, pouls, 112.

Le mercredi 21, état à peu près semblable, température, 38°9, pouls, 112.

Le malade a souffert de son épaule, mais modérément. Il ne présente ni stupeur, ni affaissement marqué. Il paraît seulement très-préoccupé de l'opération, que je lui propose de nouveau. Cette fois il l'accepte.

La ligature de la sous-clavière gauche est rendue difficile et longue par le volume énorme et la situation anormale de la veine jugulaire externe qui occupe le milieu de la région sus-claviculaire, par l'élévation de la clavicule que le sac anévrysmal a repoussée en haut, enfin par la crainte que j'éprouve de déchirer l'aponévrose du sous-clavier et d'ouvrir un passage au sang de la région axillaire dans la région sous-claviculaire.

Après de vains efforts pour lier le vaisseau artériel en dedans de la veine jugulaire externe, je me décide à couper cette dernière entre deux ligatures.

Un fil ayant été passé sous la sous-clavière, je la fais comprimer et

je commence la désarticulation ; mais je m'aperçois bientôt que, malgré la compression, l'axillaire laisse passer encore du sang en grande quantité. Je serre alors le fil de la sous-clavière et je continue la désarticulation. Chemin faisant je m'aperçois que la capsule fibreuse est presque entièrement déchirée, sauf à sa *partie postérieure* humérale, et que la tête occupe bien la place que nous lui supposons.

Quelques ligatures sont posées sur de petits vaisseaux qui donnent malgré la ligature de la sous-clavière.

L'artère axillaire en laisse couler en nappe une certaine quantité par son bout *supérieur*. Elle est *complétement rompue*. Les bords de la solution de continuité sont irréguliers.

Les deux tuniques internes ne sont nullement recroquevillées. L'orifice est largement béant.

En ce point l'artère est tellement athéromateuse qu'on ne peut l'aplatir par la compression avec le doigt, tellement friable qu'on ne peut sans en détacher des lambeaux l'attirer avec des pinces. Je renonce à y poser un fil et je laisse à demeure une pince hémostatique.

La poche anévrysmale est formée de trois portions : un vaste diverticulum à large orifice pénètre sous le petit et le grand pectoral ; un autre, correspondant à la tuméfaction du dos, s'ouvre dans l'aisselle par un étroit passage; la poche principale occupe l'aisselle proprement dite et la cavité scapulo-humérale.

Du pus s'écoule en quantité notable du diverticulum sous-pectoral. Dans les autres il n'y a que du sang et des caillots noirs. Une longue incision verticale me permet de nettoyer avec la main et de laver avec des injections phéniquées la poche dorsale ; des manœuvres semblables sont pratiquées sur les deux autres.

Je réunis les lambeaux par des points de suture métallique et je complète l'opération par le pansement de Lister. Toute l'opération avait été faite sous la pulvérisation phéniquée.

Le 21 au soir, température, 37°6, pouls, 84, agitation pendant la nuit, 0,10 centigrammes d'extrait de thébaïque.

Le 22 au matin, le calme est revenu, mais il y a de l'abattement; la langue est un peu sèche; température, 39°2; pouls, 116.

Le soir la température monte à 40°, le pouls à 120, prostration, intermittences du pouls; le malade succombe le lendemain vers 5 heures du matin.

Autopsie du bras après la désarticulation. — L'artère humérale est athéromateuse dans toute son étendue, mais principalement dans certains points où des plaques dures la maintiennent béante. Une infiltration sanguine remarquable par son étendue, sus-aponévrotique à la face postérieure du bras et de l'avant-bras, intermusculaire à la face antéro-interne du bras et à la face antérieure de l'avant-bras, occupe tout le membre depuis l'aisselle jusqu'à la main inclusivement; nulle part cependant il n'y a de sang fluide.

Les faisceaux musculaires sont écartés par une infiltration graisseuse abondante.

Après une section de la tête humérale, celle-ci se montre également

infiltrée de graisse jaune et recouverte à sa périphérie d'une très-mince couche de tissu compacte. La moelle rouge semble avoir entièrement disparu.

Les cartilages d'encroûtement offrent des traces d'arthrite sèche ancienne.

Autopsie du sujet pratiquée 30 *heures après la mort.* — Le cadavre entier est déjà dans un état de putréfaction si avancée qu'il est envahi par un emphysème général. Malgré la présence des gaz dans les tissus on reconnaît sans peine que le foie et les reins sont stéatosés. La rate est diffluente.

Le médiastin antérieur est un peu infiltré de sang. Le cœur est fortement teinté en rouge immédiatement sous l'endocarde.

Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont raides et épaissies, mais ne présentent pas de plaques calcaires. Des lésions semblables, mais moins accentuées, se remarquent sur la valvule mitrale.

Il n'y a pas une seule plaque calcaire sur toute l'étendue de l'aorte, sur les vaisseaux artériels du côté droit du corps. Un certain degré d'épaississement des tuniques serait la seule particularité à noter, si l'on ne trouvait dans certains points de la paroi quelques petites plaques athéromateuses non saillantes, reconnaissables à leur jaune bien plutôt qu'à leur relief.

La sous-clavière gauche et l'axillaire du même côté ne sont pas très-sensiblement altérées; elles sont seulement épaissies et friables. A l'endroit de la rupture, les trois tuniques artérielles s'arrêtent au même niveau. La nodosité athéromateuse constatée au moment de l'opération a été détachée par la pince hémostatique.

Au-dessus et au-dessous de la ligature existe un caillot ferme d'un centimètre de long au-dessus, un peu plus au-dessous. Les caillots ne sont adhérents que par leur extrémité en contact avec le point lié.

Aucune branche collatérale ne naît au voisinage de ce dernier. La plus proche est à près de 2 centimètres.

A défaut de lésions organiques capables de rendre compte de la mort rapide, celle-ci me paraît devoir être attribuée au choc traumatique, à la perte de sang, à la sénilité précoce et aux altérations d'origine alcoolique des reins et du foie.

Discussion.

M. Tillaux. Je n'ai nullement l'intention de critiquer la conduite qu'a tenue M. Ledentu, préoccupé avant tout et avec raison de l'hémostase. Je veux seulement indiquer le procédé hémostatique que j'ai employé chez un homme presque exsangue auquel j'avais à pratiquer la désarticulation de l'épaule. J'ai pu opérer à blanc, pour ainsi dire, en appliquant le tube d'Essmark sous la clavicule et faisant les incisions au thermo-cautère ; avant de sectionner les vaisseaux j'ai jeté un fil sur le paquet vasculaire au-dessus du point où la section devait avoir lieu.

M. Ledentu. Je remercie M. Tillaux de ses renseignements; j'ajouterai que dans le cas dont j'ai parlé je craignais d'autant plus une hémorrhagie que je me méfiais de l'état de l'artère, mais quand les vaisseaux sont sains j'admets très-bien que pour l'aisselle même on emploie la bande d'Essmark. Je ferai remarquer que malgré la ligature de la sous-clavière, les collatérales ramenaient tellement de sang que j'ai été obligé de placer une pince sur le bout de l'axillaire : on ne doit donc craindre en rien la gangrène du membre dans la ligature de la sous-clavière.

M. Tillaux. Au fait que je rapportais tout à l'heure et qui montrait qu'on pouvait désarticuler l'épaule à blanc, j'en ajoute un autre qui montre que par la compression digitale on peut suspendre le cours du sang dans la sous-clavière. Je fais appel pour ce malade aux souvenirs de M. Verneuil : il s'agissait d'une tumeur du bras, grosse comme la tête, présentant un bruit de souffle; on avait cru à un anévrysme, M. Verneuil diagnostiqua un ostéosarcome et l'opération lui donna gain de cause. Je fis la compression de l'artère sous-clavière et l'hémostase fut parfaite.

M. Panas. Bien que M. Ledentu ne l'ait pas dit, il est probable que la rupture a lieu au niveau de l'origine de la sous-scapulaire ; cela s'est passé ainsi dans toutes les observations. De ce fait que le point déchiré est toujours le même qu'il y ait eu ou non réduction, je conclus que la rupture est le fait, non de la réduction, mais de la luxation. Dans le cas que j'ai rapporté on n'a pas fait de réduction, on a employé les méthodes de douceur, puis la malade est partie pour le Vésinet; 8 ou 10 jours après l'aisselle grossit, on croit à un phlegmon et on me renvoie la malade, à laquelle je fis le lendemain la ligature de la sous-clavière. L'opérée a survécu 3 mois ; dans cet intervalle elle fut prise d'une arthrite suppurée pour laquelle je fis la résection, puis plus tard la désarticulation de l'épaule, et la mort survint par épuisement. A l'autopsie je trouvai un rétablissement complet de la circulation. Comment l'anévrysme n'apparaît-il que plusieurs jours après le traumatisme? c'est qu'il y a rupture des deux tuniques internes seulement et que l'externe ne cède que consécutivement.

M. Ledentu. En disant que dans tous les cas l'anévrysme ne s'était développé qu'après des tentatives de réduction, je n'ai pas voulu dire que j'attribuais l'affection à ces tentatives. Il y avait des lésions primitives ; je citerai à cet égard un cas de Bérard très-instructif. Ce chirurgien examine avec soin un malade atteint de luxation de l'épaule, il constate que le pouls radial ne bat plus ; il réduit pourtant, et à l'autopsie on trouve une déchirure

des deux tuniques internes, dont les extrémités étaient écartées de 2 centimètres.

Je suis donc de l'avis de M. Panas ; je crois qu'en mettant de côté les luxations anciennes, c'est la luxation et non la réduction qui produit l'anévrysme. Mon cas est unique en ce sens que la tumeur a paru avant qu'on ait tenté la réduction.

M. Verneuil. Je désire attirer l'attention sur l'influence dans ces cas des états pathologiques antérieurs ; ces malades devaient avoir soit de l'athérome artériel, soit le foie et les reins gras. Si le malade de M. Panas a résisté aussi longtemps, c'est qu'il n'était pas alcoolique. N'est-il pas surprenant de voir chez le malade de M. Ledentu une lésion interstitielle profonde suppurer au 7e jour ? Quand on voudra faire une statistique exacte, il faudra grouper à part les sujets sains et les sujets malades.

Présentation de malades.

Polype naso-pharyngien, opéré par la méthode nasale (procédé d'Ollier),

par M. Cruveilhier.

Le jeune homme qu'on nous amène a 14 ans 1/2, il présente une apparence grêle, un teint pâle; il est grand pour son âge. Il n'a jamais présenté d'accidents strumeux.

Il y a environ 2 ans, il a été pris d'un enchifrènement et d'un coryza tenaces occupant la narine gauche : la passage de l'air à travers cette fosse nasale devint de plus en plus difficile, puis impossible.

Une épistaxis spontanée très-abondante eut lieu quelques mois après le début des accidents (il y a 18 mois).

Un médecin consulté ne découvrit aucune production morbide, mais finit par admettre le développement possible d'un polype.

Plus tard, la présence de ce dernier ne put être mise en doute, la tumeur étant devenue visible dans la fosse nasale gauche.

Une première extirpation fut tentée au mois de juin dernier (1876) : on retira des débris d'une production *molle*, d'après les renseignements. Depuis lors 15 autres extirpations partielles ont été faites; les morceaux que l'on enleva parurent d'une consistance plus grande que le premier; ils étaient du reste très-minimes, et ces opérations répétées ne soulageaient pas le malade et n'empêchaient pas la tumeur de s'accroître; elles étaient suivies d'hémorrhagies quelquefois très-abondantes, et deux fois, nous affirme-t-on, le sang apparut dans le grand angle de l'œil, ayant reflué probablement sur les voies lacrymales.

On vient actuellement demander une opération définitive, qui le délivre enfin de sa tumeur.

7 février, *état actuel*.—Tous les signes d'un fibrome naso-pharyngien sont réunis. Le *côté gauche* de la face est sensiblement déformé, le nez est soulevé et bombé, l'œil fait légèrement saillie; cette exophthalmie, appréciable à la vue, l'est encore plus aux doigts qui explorent les

deux yeux à la fois, celui du côté gauche étant plus saillant et plus dur; la joue elle-même est un peu soulevée, surtout à la partie interne.

Du côté de la bouche, la voûte palatine présente un peu le caractère ogival. Du côté gauche elle paraît un peu abaissée et convexe au lieu d'être concave, modification surtout accentuée au niveau du voile; le toucher rend bien compte de cet état.

Le voile, en outre, au lieu d'être mou et dépressible, est dur et résiste au doigt, il est évident que le polype appuie sur lui.

En passant l'index en arrière du voile, on tombe directement sur la tumeur, qui paraît non-seulement remplir l'arrière-cavité gauche, mais aussi envoyer en prolongement du côté droit.

La consistance en est assez ferme : cependant cette exploration, le léger frottement du doigt sur la tumeur, déterminent un peu d'écoulement de sang par la gorge et par le nez.

En soulevant le lobe gauche du nez, on aperçoit l'extrémité antérieure du polype, sous forme d'un bourgeon arrondi remplissant la fosse nasale, dépassant antérieurement le bord des os propres du nez : la surface en est finement granuleuse, de coloration rosée, avec des points plus rouges et des stries de pus.

9 février. *Opération sans chloroforme.* — M. Cruveilhier emploie la méthode nasale, après avoir mis préalablement un tampon volumineux obturant les deux ouvertures postérieures des fosses nasales : notons qu'en raison de la déviation de la cloison, la sonde de Belloc ne peut passer à travers la cavité nasale droite, et que pour opérer le tamponnement, on est obligé d'avoir recours à une petite sonde en gomme. Une incision en fer à cheval et un trait de scie détachent le nez jusqu'aux cartilages des ailes sur lesquels on le renverse, on est alors en plein polype, la scie a détaché une petite portion de ce dernier. Le reste remplit la fosse nasale gauche qu'il a distendue en refoulant notablement la cloison médiane. La surface du polype et la muqueuse de la cloison donnent beaucoup de sang : l'application d'un fer rouge, puis d'eau de Pagliari glacée, puis une ligature produisent l'hémostase.

On peut alors pratiquer l'ablation du fibrome : la voie est large et permet d'introduire assez facilement la pince à polype et de saisir la production morbide. L'arrachement complet est fait en plusieurs fois à cause de la large surface d'implantation qu'occupe la tumeur, qui adhère non-seulement à l'apophyse basilaire, mais aussi à l'apophyse ptérygoïde.

Pour arrêter l'écoulement du sang qui est assez abondant, mais dont pas une goutte ne pénètre dans la gorge, on pratique plusieurs injections d'eau glacée additionnée d'eau de Pagliari.

L'opération était sur le point d'être terminée, il ne restait plus à faire que les sutures, quand l'enfant pâlit et éprouve une syncope qui dure quelques minutes.

Des fils d'argent sont enfin placés et réunissent les bords de l'incision, on consolide le tout par une cuirasse faite de bandelettes collodionnées.

L'opération terminée, l'enfant dit ne plus souffrir, s'endort facilement : quelques gouttes de sang s'écoulent encore par la narine gauche, un petit tampon de charpie suffit pour y mettre fin. La déglutition du liquide, quoique gênée, est cependant possible.

Température ax., soir, 37°6.

10 février. Nuit calme, l'enfant ne se plaint que de la difficulté qu'il éprouve pour avaler, il est un peu somnolent; mais on l'éveille facilement. Face œdématiée, surtout la paupière gauche.

Température ax., matin, 38°6.

Température ax., soir, 38°8.

11 février. Le tampon postérieur est retiré, ce qui facilite beaucoup la déglutition, l'enfant demande à manger : aucune souffrance.

Température ax., matin, 38°5.

Température ax., soir, 38°6.

Notre malade va de mieux en mieux. Un écoulement séreux roussâtre, empesant le linge, avait eu lieu le lendemain et le surlendemain de l'opération ; aujourd'hui il a presque complétement cessé. Un peu de suppuration à la partie supérieure des incisions verticales (sillon naso-oculaire). État général très-bon.

Température, matin, 38°.

Température, soir, 38°2.

15 février. On enlève les bandelettes collodionnées transversales qui recouvraient les branches descendantes de l'incision. La réunion est bien faite du côté gauche dans les 2/3 inférieurs, du côté droit elle est moins complète, elle n'existe bien nette qu'au tiers inférieur. Au tiers moyen, la lèvre interne déborde un peu la lèvre externe et lui adhère du reste profondément. A la partie supérieure des deux côtés, les fils ont coupé le derme, et il y a un peu de suppuration, ce qui tient probablement à la présence en ce point d'une ou deux ligatures artérielles.

17 février. Plus d'œdème ni de bouffissure : l'enfant mange bien, ne souffre nullement.

18 février. Ablation des fils latéraux. Deux petites bandelettes collodionnées sont appliquées sur l'incision droite pour régulariser la réunion.

La respiration est devenue possible par la narine gauche.

23 février. On enlève les dernières bandelettes et les fils qui réunissaient la partie supérieure et médiane à l'incision : en ce point la réunion est bien faite. La consolidation des os du nez paraît déjà très-avancée. Il ne reste donc plus, pour que la cicatrisation soit complète, que deux petites plaies linéaires à fermer aux angles naso-oculaires.

Le jeune homme que je vous présente doit quitter Paris, et je tenais à faire constater par les membres de la Société combien la déformation consécutive à une aussi redoutable opération est minime lorsqu'on s'adresse à la méthode nasale. L'opération a eu lieu il y a un peu plus de 20 jours, plusieurs points de la suture métallique ont manqué, et malgré ces imperfections dans la réunion,

le nez a conservé sa rectitude et sa régularité, et il ne peut y avoir aucun doute sur la beauté du résultat, si l'on considère que le malade est présenté au moment où la suppuration n'est pas encore terminée. Je ferai, au sujet de ce malade, quelques remarques :

1° J'ai cru devoir employer le tamponnement nasal postérieur; je crois, en effet, que sans l'emploi de ce moyen, il m'eût été difficile de terminer l'opération, par suite de l'afflux de sang qui a suivi l'arrachement du polype.

2° L'incision de la peau donne tellement de sang que je me propose dorénavant de faire l'incision au galvano-cautère.

3° La section osseuse est très-facile, et je dirai même brillante; elle a le défaut d'amener inévitablement la section de la partie du polype qui occupe les fosses nasales ; chez mon malade, il y eut à ce moment une hémorrhagie très-considérable qui venait à la fois et du polype et de la muqueuse gorgée de sang.

4° On ne saurait se faire idée de la largeur de la voie qui est offerte par l'abaissement du nez : la voie nasale est de beaucoup la plus aisée, par suite du refoulement de la cloison qui s'applique du côté sain et livre aux instruments un passage très-suffisant. Les pinces employées par Robert pour les polypes de la matrice me paraissent particulièrement indiquées.

5° La présence du tampon gêne un peu pour l'arrachement des dernières parties du polype.

6° On ne saurait se figurer avec quelle rapidité se fait la réunion des os propres du nez et de la branche montante des maxillaires : chez mon malade, au dixième jour, le nez était déjà solide et pouvait être débarrassé de la cuirasse de collodion qui m'avait servi d'attelles.

Présentation de pièces.

Utérus bi-locularis ou bi-partitus,

par M. Polaillon.

Il met sous les yeux de la Société le moule d'une cavité utérine qui offre une forme toute particulière et insolite.

Ce moule a été pris sur le cadavre d'une jeune femme de 27 ans, morte à la suite d'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta.

Voici d'abord l'observation. Je présenterai ensuite quelques réflexions au sujet de la forme spéciale de l'utérus.

La nommée P..., âgée de 27 ans, est enceinte pour la première fois et paraît arrivée au terme de 8 mois 1/2. Il y a un mois, une

hémorrhagie peu abondante se produisit sans cause connue et s'arrêta d'elle-même. Quinze jours plus tard, apparition d'une deuxième hémorrhagie plus abondante que la première. Le 24 février, une troisième hémorrhagie survint pendant le sommeil et dura plusieurs heures. Deux jours après, nouvelle hémorrhagie pendant la nuit. La malade dit avoir perdu une cuvette de sang et s'être évanouie pendant cette perte. Elle se décida alors à entrer à la Maternité, où elle arriva le 27 février à 9 h. 1/2 du matin.

Le ventre, au lieu d'avoir une forme ovoïde à grand diamètre vertical ou un peu incliné de l'un ou de l'autre côté, était élargi transversalement. Le palper faisait reconnaître l'extrémité pelvienne du fœtus dans le flanc gauche et l'extrémité céphalique dans le flanc droit. Entre ces deux extrémités saillantes, il y avait une dépression au niveau de l'ombilic, dépression appréciable à la vue et au toucher. Il s'agissait d'une présentation céphalo-iliaque droite, dos en avant. Les bruits du cœur s'entendaient un peu au-dessous de l'ombilic. Le toucher vaginal donnait la sensation d'un col court, épais, entr'ouvert. Le doigt engagé avec précaution dans l'orifice arrivait sur une masse molle, charnue, épaisse, qui n'était autre chose que le placenta. On ne pouvait sentir, avec le doigt, aucune partie du fœtus. La patiente ne souffrait pas et ne perdait plus de sang; mais elle était pâle et affaiblie. Je prescrivis le repos absolu et le tamponnement dès que l'hémorrhagie reparaîtrait.

A 6 h. 50 m. du soir, le sang se remit à couler en abondance. Madame Callé appliqua aussitôt un tampon très-complet, formé avec des boulettes de charpie. La nuit du 27 au 28 se passa sans accident. Les contractions utérines se développèrent. Le 28 février, à 8 heures du matin, les contractions revenaient toutes les 10 minutes, et le tampon commençait à s'imbiber de sang. A 9 heures, le tampon fut enlevé. L'orifice utérin avait la dimension d'une pièce de cinq francs et son pourtour était rigide. Les battements du cœur fœtal étaient ralentis. Il n'existait qu'un suintement sanguin insignifiant.

A 10 h. 20 m., le suintement était devenu un peu plus abondant ; j'introduis dans le vagin un ballon de caoutchouc, que je je distends avec 750 grammes d'eau froide. Sous l'influence du ballon, les contractions deviennent fréquentes et énergiques, sans écoulement extérieur de sang. Mais en même temps que la patiente fait des efforts d'expulsion, sa face pâlit et une syncope est imminente. Au bout de 5 minutes d'efforts, elle expulse le ballon avec un caillot du poids de 515 grammes. Il est bon de noter que le ballon, vanté par quelques accoucheurs pour arrêter l'hémorrhagie, n'a fait que masquer l'écoulement du sang, qui s'est accumulé derrière lui.

Cette nouvelle perte de sang me décide à terminer immédiatement l'accouchement. L'orifice n'ayant qu'une dilatation grande comme 5 francs, j'incise le col dans deux points et dans l'étendue d'un centimètre et demi environ. Puis, sans retirer la main droite, que j'avais introduite pour ce débridement, je traverse le col, je perfore le placenta et je vais saisir les pieds. A 10 h. 30 m., le siége est dégagé. Les bras relevés sur les côtés de la tête nécessitènt une manœuvre qui dure 5 minutes. Enfin, après quelques efforts exigés par la rétraction de l'orifice utérin autour du cou, la tête est extraite.

L'enfant, du sexe féminin, pesait 2,950 grammes. Elle ne présentait plus de battements cardiaques et tous les soins pour la ranimer furent sans succès.

Le cordon avait été détaché à son insertion placentaire pendant la perforation du placenta avec la main.

La mère n'avait pas perdu de sang pendant la version. La moitié du placenta environ suivit la sortie de la tête. L'utérus se rétracta rapidement, et pour plus de sûreté on comprima exactement l'aorte depuis 10 h. 35 jusqu'à 10 h. 50.

Il n'y avait aucune perte de sang. On plaça la patiente dans une situation horizontale, la tête plus basse que les pieds, et tout mouvement lui fut interdit. Une cuillerée de rhum sucré alternant avec du bouillon froid lui fut donnée toutes les 10 minutes. A 11 h. 28 m. un petit écoulement sanguin reparut, on retira le reste du placenta et l'hémorrhagie cessa. A 11 h. 1/2 je quittai l'opérée, qui se trouvait malgré sa grande faiblesse dans un état assez satisfaisant, et j'emportai la conviction que sa vie était sauvée.

Pendant mon absence, l'amélioration ne se soutint pas. Bientôt la faiblesse fit de nouveaux progrès, et à 1 h. 40 m., la malade succombait, sans que l'hémorrhagie se fût reproduite et sans avoir fait le moindre mouvement depuis la délivrance.

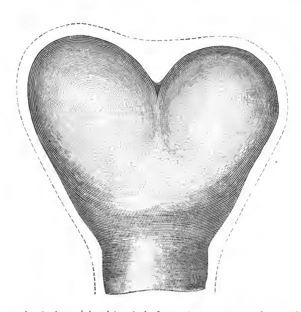
La transfusion était indiquée lorsque l'on vit survenir l'état syncopal qui a précédé la mort. Mais je n'était plus auprès de la malade, et j'ai le regret de ne pas avoir été prévenu pour tenter cette dernière ressource.

L'autopsie ne put être faite, mais on put enlever l'utérus et la partie supérieure du vagin.

En examinant l'utérus, nous sommes frappés de lui trouver la forme d'un cœur de carte à jouer au lieu de la forme globuleuse qu'on rencontre habituellement après l'accouchement. L'examen de la face interne du col et du segment inférieur de l'utérus donne la preuve que l'insertion du placenta avait lieu sur l'orifice interne, *centre pour centre*. Nous constatons en même temps que les inci-

sions du col siégent à droite et à gauche, qu'elles s'étendent jusqu'à l'insertion du vagin, et qu'elles n'ont pas produit une déchirure du tissu utérin remontant plus haut. La cavité du corps ne présente pas de cloison médiane. Pour avoir la forme exacte de cette cavité, j'engageai M. Ribemont, interne de la Maternité, à en prendre le moule en y coulant du plâtre. C'est ce moule que je soumets aujourd'hui à l'examen de la Société.

Il présente à sa partie supérieure deux lobes latéraux séparés par une dépression, ce qui indique que la paroi supérieure de l'utérus portait sur la ligne médiane un éperon saillant en dedans et divisant le fond de la cavité utérine en deux excavations, l'une droite, l'autre gauche. Cet éperon est le vestige de la cloison qui constitue le vice de conformation connu sous le nom de *utérus cloi-*



Forme du moule de la cavité utérine de la femme P..., vu par sa face antérieure. La ligne ponctuée indique le contour de la paroi utérine.

sonné ou *bipartitus*. Voici quelles sont les dimensions du moule, c'est-à-dire de la cavité utérine:

Entre la partie inférieure du col et la saillie de l'éperon	20 centimètres.
Entre la partie médiane et inférieure du col et le fond de l'excavation droite	24 —
Entre le même point du col et le fond de l'excavation gauche	23 c. 50
Largeur maximum au niveau du corps	20 c. 50

Largeur au niveau du col....................	9 c. 50
Distance maximum entre la face antérieure et la face postérieure au niveau du corps..........	13 cent.
Distance entre les faces antérieure et postérieure au niveau du col............	6 c. 50
Hauteur du col.....	4 cent.

En coupant la paroi utérine au niveau de l'éperon, on constate qu'il existe là un épaississement considérable formé par une accumulation de fibres musculaires; de telle sorte que l'inspection de la face externe de l'utérus ne donne qu'une idée fort incomplète de la conformation de sa cavité.

La tête du fœtus était située dans l'excavation droite; son siége dans l'excavation gauche. Son dos regardait en bas et en avant, et le contour du dos est marqué par une légère saillie sur la face antérieure du moule. La face postérieure de celui-ci est moins bombée que la face antérieure.

La forme de la cavité utérine que je viens de décrire s'éloigne notablement de la forme normale. La cavité de l'utérus normal affecte toujours, pendant la grossesse, la forme d'un ovoïde dont le grand diamètre est vertical et dont la grosse extrémité est dirigée en haut. Le fœtus en se repliant sur lui-même s'accommode à cette forme ovoïdale et se place de manière à ce que l'axe de son corps soit dirigé dans le même sens que le grand diamètre de la cavité qui le contient. Telle est l'explication de la grande fréquence des présentations de l'extrémité céphalique ou de l'extrémité pelvienne. Lorsque le fœtus à terme ne se présente pas par une de ses extrémités mais par le tronc, on doit supposer que la forme de la cavité utérine est altérée et que le grand diamètre de cette cavité, au lieu d'être vertical, est transversal. Il est bien entendu que je fais abstraction ici de tous les cas dans lesquels le fœtus n'est pas à terme ou dans lesquels il y a hydropisie de l'amnios, parce qu'alors le contenu est trop petit pour s'accommoder à la forme du contenant et que la présentation est l'effet du hasard.

Les causes qui produisent ces changements dans la forme de la cavité utérine sont des maladies (inflammations, néoplasies), des vices de conformation de l'organe gestateur, ou des tumeurs du voisinage.

Je ne veux appeler l'attention aujourd'hui que sur les vices de conformation.

On sait que l'utérus et le vagin se développent aux dépens de la partie inférieure des trompes qui se juxtaposent, puis se soudent. Dans le principe il existe donc deux vagins et deux utérus placés l'un à côté de l'autre. Plus tard la cloison séparative disparaît de bas en haut. Les deux cavités vaginales se confondent d'abord; puis,

la cloison continuant à disparaître de bas en haut, la cavité utérine devient aussi unique. Si cette évolution s'arrête, il en résultera un vice de conformation correspondant à l'époque de l'arrêt du développement. L'évolution s'arrête-t-elle au début, on aura deux vagins et deux utérus entièrement indépendants. Plusieurs faits de ce genre ont été publiés. J'en ai moi-même observé un bel exemple en octobre 1875, chez une femme enceinte morte d'hémoptysie (observation publiée dans le *Progrès médical* du 4 mars 1876, par M. Budin). Il y avait deux vagins et deux cavités utérines. La cavité droite contenait un fœtus à terme, et je tiens à faire remarquer que le fœtus se présentait par le sommet en position O. J. G. A. Quoique l'utérus fût double et par suite plus large transversalement qu'un utérus ordinaire, chacune de ses deux cavités, étant distincte de l'autre, avait une forme allongée de haut en bas, et on conçoit sans peine que le produit de la conception se soit placé de manière à s'accommoder à cette forme, c'est-à-dire de manière à présenter une de ses extrémités. Mais si l'on suppose que l'arrêt de développement s'est produit lorsque la cloison utérine a déjà en grande partie disparu, on aura un utérus analogue à celui que je présente, dont la cavité est double vers le fond simple vers le col. La partie supérieure dans cette variété de l'utérus bipartitus présentera donc une largeur insolite, puisqu'elle sera constituée par deux cavités utérines justaposées et en partie confondues; tandis que la partie inférieure aura les dimensions normales. Il résulte de cette difformité que le diamètre transversal de la cavité est plus grand que le diamètre vertical, et que le fœtus en se développant dans une semblable cavité se place transversalement de manière à présenter le tronc.

Si la femme P... avait survécu, il est bien probable qu'à toutes ses grossesses elle aurait eu des présentations du tronc. Comme preuve de ce que j'annonce, je citerai les observations, qui ne sont pas rares, dans lesquelles des femmes bien conformées d'ailleurs ont eu, dans plusieurs accouchements successifs, la même présentation de l'épaule. N'est-il pas permis de supposer dans ces cas, en l'absence de toute autre cause de la présentation vicieuse, qu'on avait affaire à un arrêt de développement qui avait altéré la forme de la cavité utérine ? Il sera très-intéressant de vérifier cette hypothèse toutes les fois que l'occasion en sera offerte.

D'autres observations montrent qu'après plusieurs accouchements par l'épaule, la même femme met ensuite ses enfants au monde par le sommet. La cause inconnue de cette particularité ne réside-t-elle pas dans une modification de la forme primitivement viciée de la matrice? N'est-il pas possible qu'à la suite de grossesses répétées, la cavité d'un utérus incomplétement bipartitus

se modifie par l'effacement de l'éperon médian et des excavations latérales, de manière à prendre une forme qui se rapproche de l'ovoïde ?

On nous objectera sans doute que nous avons eu affaire en même temps à une insertion vicieuse du placenta.

Dès lors, il n'y aurait pas lieu de rechercher plus loin pourquoi l'enfant s'est présenté par le travers, puisque les insertions vicieuses sont réputées comme une cause de cette présentation. Il faut attendre des faits nouveaux pour répondre à cette objection d'une façon péremptoire. La présentation du tronc dépendait-elle de l'insertion vicieuse du placenta ? Dépendait-elle du vice de conformation de la matrice ? Notre opinion penche vers cette dernière explication. Toutes les fois que la cavité utérine sera élargie transversalement et présentera vers sa partie supérieure deux excavations, comme dans le cas que nous figurons, la présentation du sommet ou de l'extrémité pelvienne nous paraît impossible, la présentation du tronc nécessaire, que le placenta soit vicieusement ou normalement inséré. D'ailleurs, aucune donnée ne permet d'affirmer qu'il n'y ait pas dans notre cas une relation de cause à effet entre l'insertion vicieuse du placenta et l'anomalie que nous avons décrite. Comme il est tout à fait extraordinaire de rencontrer une insertion centrale du placenta chez une primipare, il est plausible d'en rechercher l'explication dans l'existence de l'anomalie utérine.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire annuel,
CRUVEILHIER.

Séance du 14 mars 1877.

Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine, pour la France et l'étranger ;

2° Deux brochures de M. Lizé, du Mans : *Accouchement spontané d'un fœtus venu en position occipito-sacrée ; — Conduite de l'accoucheur quand le fœtus reste mort dans la cavité utérine ;*

3° Un travail de M. le docteur Calvi, de Toulon, intitulé : *Trois cas de rage humaine ;*

4° Une notice biographique sur Rampolla, par M. Borgèse ;

5° Un mémoire du professeur Rizzoli *sur une monstruosité par inclusion à la région sacro-coccygienne d'un nouveau-né.*

6° M. Larrey offre le *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris*, pour l'année 1876.

M. le Président annonce la mort de M. le professeur Dolbeau.

La séance est levée à 4 heures, en signe de deuil.

Le secrétaire,
CRUVEILHIER.

Séance du 21 mars 1877.

Présidence de M. PANAS.

Correspondance.

La correspondance comprend les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

M. VERNEUIL présente : 1° de la part de M. Scribe, d'Amiens, une pièce relative à un *spina bifida* (commissaire : M. Houel) ; 2° de la part de M. Herbet, d'Amiens, une pièce relative à une *résection d'une moitié de la mâchoire inférieure pour un kyste multiloculaire de cet os* (commissaire : M. Magitot).

M. MAGITOT présente au nom de M. Reliquet la relation d'un cas de dilatation brusque de l'urèthre avec chloroforme ; ce travail a été présenté déjà à la Société de médecine de Paris, en 1876.

M. le Président annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Hervez de Chégoin, membre honoraire.

Rapports.

Rapport au sujet d'une réclamation de M. de Bruc relative à une communication de M. Le Fort, par M. Marjolin.

Messieurs,

Dans la séance du 31 janvier 1877, M. le Dr L. Le Fort présenta, devant la Société de chirurgie, une malade atteinte d'un

cancer du sein, vous priant de vouloir bien lui donner votre avis sur la conduite à tenir dans un cas aussi grave. Notre collègue nous ayant fait, suivant l'usage et comme cela est indispensable, l'historique des phases de la maladie et de son traitement, fut nécessairement amené à vous parler des singulières ordonnances émanant de l'Institut médical fondé à Paris, rue Durct n° 33, par M. le comte de Bruc, chargé d'affaires de la République de Saint-Marin, Dr de la Faculté de Gênes, autorisé, par décret impérial du 1er juin 1869, à pratiquer la médecine en France.

A la suite de cette communication, M. le comte de Bruc a cru devoir, le 27 février, écrire à M. le président de la Société pour se plaindre de ce que non-seulement sa méthode de guérison du cancer sans opération chirurgicale était attaquée, mais de ce que les termes du mémoire de M. Le Fort visaient à la fois sa considération d'homme, de médecin et de membre correspondant du corps diplomatique ; M. le comte de Bruc terminait sa lettre en disant que ce n'était pas dans un intérêt personnel qu'il réclamait, mais dans celui de la dignité professionnelle.

La réclamation de M. le comte de Bruc ne pouvant rester sans réponse, M. le président a chargé une commission composée de MM. Boinet, Giraud-Teulon et Marjolin, rapporteur, d'examiner tout ce qui se rattachait à cette affaire et de vous en rendre compte; je viens aujourd'hui, au nom de mes collègues, m'acquitter de cette mission.

Messieurs, lorsqu'il s'agit non pas seulement de discuter ou d'apprécier la valeur d'une méthode de traitement, mais de constater d'abord si une personne qui se dit investie de titres académiques a le droit de les porter, et si elle a réellement par ses actes manqué au respect dû à la dignité professionnelle, on ne saurait prendre trop de précautions et trop de renseignements pour arriver à la vérité. Aussi votre commission a-t-elle cru devoir procéder à une nouvelle enquête dans le but de vérifier l'exactitude des faits portés à votre connaissance; allant même plus loin, elle a continué ses recherches en Angleterre, afin de s'assurer si M. le comte de Bruc avait, comme il le dit dans sa réclamation, le droit de porter le titre de médecin de l'Université de Londres. Voici la réponse du secrétaire de l'Université de Londres :

« Cher monsieur,

« Vous avez tout à fait raison de supposer que le titre de doc-
« teur en médecine de l'Université de Londres que s'attribue
« Charles-Hermann de Bruc est faux. Aucun grade n'ayant été
« accordé par cette Université à une personne portant ce nom, tout

« diplôme présenté comme ayant été donné par cette Université à
« la personne portant ce nom doit être le résultat d'un faux.

« *Signé* William B. Carpenter,
« Secrétaire de l'Université de Londres. »

University of London. — Burlington-Gardens W.

« 5th march 1877.

« Dear sir,

« You are quite right in supposing that the title of doctor of medecine of the University of London claimed by Charles-Hermann de Bruc, is a false one ; no degree having been granted by this University to any person bearing that name. Any diploma, therefore, professing to have been given by this University to the person bearing that name, must have been forged.

« William B. Carpenter,
« Registrar of the University of London. »

Le titre de docteur de l'Université de Londres n'est pas, du reste, le seul que M. le comte de Bruc s'attribue ou se laisse attribuer indûment, car si vous voulez bien lire la préface de l'éditeur placée en tête de la 4e édition de son opuscule sur la guérison du cancer sans opération chirurgicale, vous y verrez, page 7, qu'il a été reçu docteur-médecin à Londres, à Gênes, à Modène et à Paris.

M. le comte de Bruc avait-il le droit de placer ou de laisser placer en tête d'une de ses publications, qu'il avait été reçu docteur-médecin à Paris ? Nullement, car il était seulement autorisé à pratiquer la médecine en France, en vertu d'une décision ministérielle et sans, bien qu'il l'affirme dans sa lettre, qu'aucune enquête eût été faite à la Faculté, et malgré une note défavorable de M. le Dr Denonvilliers, inspecteur général de l'instruction publique pour la médecine. Cette note, inscrite au dossier, est ainsi conçue : « La personne, les travaux et les mérites de M. de Bruc me sont inconnus et sont inconnus à tous ceux de mes collègues auxquels j'en ai parlé. »

Voilà, Messieurs, pour ce qui est de la valeur des titres académiques de M. le comte de Bruc, l'exacte vérité; quant à ce qui concerne son travail sur le cancer et autres publications, telles que le *Formulaire médical des familles,* etc., etc., il suffit de les lire pour avoir la conviction qu'on ne peut leur accorder l'épithète de scientifiques.

Maintenant, Messieurs, que vous êtes suffisamment édifiés sur ce qu'il y a de vrai dans les titres que se donne M. le comte de Bruc, avouez qu'il est triste de voir un étranger, après être arrivé à obtenir sans autre droit qu'une décision ministérielle l'autorisation d'exercer la médecine dans toute la France, n'user de cette faveur exceptionnelle que pour s'écarter par ses écrits et sa manière d'agir de tous les devoirs dus au respect de la profession. N'est-il pas regrettable que dans des circonstances semblables nous n'ayons pas, comme le barreau, un conseil de famille chargé de faire une enquête et d'aviser aux moyens de mettre fin à de pareils abus ? Enfin, ce fait ne démontre-t-il pas la nécessité de modifier une loi qui permet à l'administration d'autoriser des étrangers à pratiquer la médecine en France, en substituant une décision ministérielle à une preuve scientifique, et sans autre garantie parfois qu'une recommandation donnée bien légèrement ?

En l'absence de ce tribunal, les corps savants n'ont-ils pas pour mission, lorsque l'occasion se présente, de signaler ceux qui, non-seulement compromettent la dignité de la médecine, mais exploitent la crédulité publique en se présentant ou se laissant présenter comme les bienfaiteurs de l'humanité? Oui, Messieurs, il est des circonstances telles qu'il faut avoir le courage d'élever la voix pour signaler ces abus, car en pareil cas garder le silence serait non-seulement commettre un acte de faiblesse, mais presque approuver des actes que l'honneur professionnel et la loi condamnent.

Telles sont les réflexions que nous a suggérées l'étude des faits et des écrits dont votre commission avait à vous rendre compte et qu'il était de notre devoir de vous soumettre.

En résumé, Messieurs, la commission après s'être livré avec un soin minutieux et la plus grande impartialité à une nouvelle enquête, après avoir pris connaissance des documents officiels émanant des Universités d'Italie et d'Angleterre, ainsi que du dossier déposé au ministère de l'instruction publique, après avoir lu attentivement les publications de M. le comte de Bruc et les journaux qui s'y rattachent, arrive à cette conclusion que, tous les faits énoncés dans la communication de M. Le Fort étant parfaitement exacts, elle ne peut qu'approuver et maintenir la décision prise à l'unanimité par la Société de chirurgie.

(La Société, après avoir à l'unanimité adopté le rapport, vote son tirage à part et son envoi, avec le travail de M. Le Fort, aux ministres compétents et à la réunion des médecins législateurs.)

Rapport de M. Terrier sur un mémoire de M. Poinsot, de Bordeaux, intitulé: *Étude clinique sur l'ostéosarcome des membres.*

Messieurs,

M. le Dr G. Poinsot, de Bordeaux, lauréat de la Société de chirurgie, nous a adressé un Mémoire manuscrit, intitulé *Etude clinique sur l'ostéosarcome des membres,* mémoire très-complet, dont je vais m'efforcer de vous donner un compte rendu exact.

M. Poinsot, ayant eu l'occasion d'observer et de guérir un malade atteint d'ostéosarcome du tibia, s'est trouvé en présence d'un problème difficile à résoudre, à savoir: quand et de quelle manière il devait intervenir pour être utile à son malade et surtout pour éviter la récidive du mal. Déjà, comme le fait remarquer l'auteur, nos collègues, MM. Gillette et Chauvel, se sont occupés des ostéosarcomes des membres, et l'un d'eux s'est efforcé de déterminer le mode d'intervention chirurgicale, sans toutefois arriver à des résultats parfaitement concluants. Il importait donc, dit M. Poinsot, de rassembler de nouveaux faits, pour élucider autant que possible ce point de la thérapeutique chirurgicale.

Examinons d'abord l'observation de l'auteur:

B..., âgé de 53 ans, portait depuis plusieurs années une petite tumeur à la jambe gauche; il pensait qu'elle était due à une contusion qui avait été suivie de douleurs vives et persistantes.

Mal soignée, cette tumeur s'accrut peu à peu, et, comme elle n'était pas douloureuse, un médecin ne fut consulté qu'assez tardivement. Le malade, assez robuste, est d'une bonne santé et ne présentait d'ailleurs aucun antécédent ni aucune manifestation diathésique; il n'avait jamais eu la syphilis.

Lorsque le Dr Poinsot l'examina pour la première fois (10 juillet 1875), il constata, à la réunion du 1/3 moyen avec le 1/3 inférieur de la face interne du tibia, une tumeur du volume d'une petite pomme dure, rénitente, adhérente à l'os et se prolongeant dans l'espace interosseux. La peau est normale et mobile sur la masse morbide, les douleurs sont nulles, les mouvements du membre parfaitement conservés; les ganglions poplités et inguinaux ne sont nullement engorgés.

Le commémoratif et les signes précédents firent penser à M. Poinsot qu'il ne s'agissait ni d'un kyste, comme on l'avait cru, ni d'une exostose, ni d'une gomme; et il diagnostiqua une tumeur fibro-plastique ou sarcomateuse, tumeur demi-maligne, selon l'expression même de l'auteur; ce qui est bien loin d'être prouvé, car on sait que certains sarcomes des os récidivent et se généralisent avec une excessive rapidité.

M. Poinsot pensa devoir prescrire de l'iodure de potassium, sans toutefois penser en obtenir de résultats, et avertit le malade de la nécessité probable d'une opération assez sérieuse.

B..., fort inquiet, consulta de tous côtés et se présenta à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, où, comme on peut le prévoir, les avis furent partagés : on crut à un kyste hydatique, à une exostose, enfin à une tumeur maligne. Une ponction exploratrice fut faite et ne donna que du sang; il s'agissait donc d'une tumeur solide.

B... se décida à entrer à l'hôpital, dans le service du Dr Dudon, et c'est là que le Dr Poinsot put l'examiner une deuxième fois (octobre 1875), trois mois environ après sa première consultation.

La tumeur avait notablement grossi, sa consistance était la même, sauf vers sa partie inférieure, où il existait une bosselure plus molle. Les téguments étaient sains, bien qu'un peu plus vasculaires; les ganglions de l'aine étaient pris; enfin, les douleurs étaient assez vives et le malade marchait péniblement. Notons encore un état général mauvais, une teinte cachectique assez prononcée.

Comme le traitement anti-syphilitique n'avait donné aucun résultat, on proposa l'amputation du membre, qui fut refusée, et le malade quitta l'hôpital pour se confier, on doit le deviner, aux soins d'un empirique quelconque.

En janvier 1876, le Dr Poinsot revit B..., qui le fit appeler pour l'opérer.

L'état général est très-mauvais, il existe un notable amaigrissement, la face est jaune, l'inappétence est complète, enfin, le malade souffre constamment malgré le repos au lit, et n'a plus de sommeil.

La tumeur, grosse comme les deux poings, forme une sorte de champignon de 8 à 10 centimètres de diamètre, faisant une saillie de 6 centimètres au côté antéro-interne de la jambe et présentant une large surface ulcérée irrégulièrement, bourgeonnante et saignant avec facilité. A la face interne de la cuisse, existe un cordon dur du volume d'une plume de corbeau, aboutissant aux ganglions de l'aine, eux-mêmes volumineux et indolents; du reste, cet engorgement des ganglions atteint aussi ceux de la fosse iliaque.

En présence de cette aggravation du mal, M. le Dr Poinsot n'hésita plus sur la nature du mal, mais il se demanda s'il fallait intervenir. La lymphangite et l'adénite étaient-elles d'origine inflammatoire, ou bien, au contraire, résultaient-elles du transport des éléments figurés et n'avait-on pas affaire à un commencement de généralisation ? L'auteur crut devoir rattacher ces phénomènes à l'inflammation, sans toutefois trouver de très-bonnes raisons à l'appui de sa manière de voir, si ce n'est celle qui résulte de considérations toutes morales. B..., qui réclamait une intervention rapide, dut, sur le conseil de son chirurgien, subir l'amputation de la cuisse, c'est-à-dire de la partie de membre située au-dessus du segment malade.

L'opération fut faite le 16 janvier; le Dr Poinsot se servit de la bande d'Esmark, pratiqua l'amputation à deux lambeaux qu'il réunit ensuite, laissant au fond de la plaie un tube à drainage. Les suites immédiates furent très-heureuses, la température atteignit 38° 6 le troisième jour, elle redevint normale le huitième jour; toutefois, le malade était encore jaune et s'alimentait difficilement.

Vers la fin de janvier, l'état général devint meilleur, en même temps que la plaie d'amputation était presque tout à fait réunie, sauf au point où passait le tube à drainage. Cette plaie n'avait été pansée que deux fois en 15 jours; le drain fut enlevé le 4 février, au troisième pansement, et le 11 du même mois, soit 26 jours après l'amputation, le malade put se lever et marcher avec des béquilles.

A ce moment, l'engorgement des ganglions inguinaux avait notablement diminué; toutefois, la teinte jaunâtre persistait et l'appétit était presque nul.

Le 22 février, le malade se plaint de son moignon qui est le siége d'une rougeur, d'une tuméfaction assez considérable et de douleurs vives ; la peau du lambeau antérieur adhère à l'os qui, lui-même, paraît augmenté de volume. Les ganglions sont indurés de nouveau, la suppuration reparaît, le pus est séreux et roussâtre.

Les phénomènes s'aggravant, la fièvre apparaissant le soir, M. le Dr Poinsot crut avoir affaire à une récidive du mal au niveau même du moignon, récidive il est vrai un peu hâtive, mais enfin possible; toutefois, il songea aussi à l'existence d'une ostéomyélite.

Vers le milieu de mars (10 ou 12), ces accidents s'amoindrirent ; mais ce ne fut qu'un mois plus tard que le moignon reprit son aspect normal, tout en présentant encore une induration du lambeau antérieur. En fait, il s'était développé de l'ostéomyélite du moignon, et, celle-ci calmée, l'état local et l'état général devinrent satisfaisants. Aujourd'hui, l'opéré du Dr Poinsot est très-bien portant et a notablement engraissé.

Voyons maintenant les résultats de l'autopsie du membre sectionné. La masse morbide, située dans l'espace interosseux, arrivait jusqu'au péroné dont les parties superficielles étaient érodées; les parties molles de cet espace étaient altérées, la tibiale antérieure restait saine et refoulée contre le ligament interosseux.

Ayant pris son origine sur le périoste du tibia, la tumeur avait complétement détruit l'os dans une étendue de 5 à 6 centimètres ; l'extrémité inférieure du tibia était graisseuse, la moelle du fragment supérieur offrait une coloration violacée et des épanchements sanguins ; enfin, un noyau enkysté existait dans la tubérosité antérieure du tibia.

A l'œil nu, l'aspect de la tumeur était celui du cancer encéphaloïde; le microscope fit reconnaître les caractères du *sarcome alvéolaire.*

M. Poinsot fait remarquer, à juste titre, combien le résultat obtenu a dépassé ses espérances ; si, en effet, les phénomènes morbides qui ont déterminé le chirurgien à intervenir conduisaient déjà à un pronostic sérieux , l'examen anatomique vint assombrir encore l'avenir, et lorsque parurent les accidents d'ostéomyélite, l'auteur était en droit de penser à la récidive du mal.

« Sans doute, dit M. le Dr Poinsot, la nature sarcomateuse de « la tumeur ne suffisait pas pour regarder la récidive ou l'infec- « tion comme fatales ; mais cette tumeur avait envahi les parties

« molles, elle n'était plus enkystée, enfin il y avait dans l'extrémité « tibiale un noyau morbide séparé de la masse principale. Enfin, « la nature même du sarcome dit *sarcome alvéolaire*, très-riche « en éléments jeunes, venait encore à l'appui de l'hypothèse d'une « rapide récidive ou d'une généralisation. »

Est-ce à dire que maintenant le malade n'ait plus rien à craindre pour l'avenir ? M. Poinsot est trop bon clinicien pour l'affirmer; avec Wilks (*Guy's hosp. Reports*, 3e série, vol. III, p. 158) et bien d'autres, il croit qu'il faut attendre plusieurs années avant de se prononcer ; nous partageons entièrement cette opinion. Toutefois, il est certain que des malades ont été guéris ; Berend, Kelburne, King en ont rapporté des faits incontestables.

Pour éviter, autant que possible, la récidive et l'infection, il faut, dit l'auteur, opérer au plus vite ; ce précepte est généralement admis, mais par malheur il n'est pas toujours possible de l'appliquer, vu la difficulté du diagnostic. L'histoire du malade relatée ci-dessus en est un exemple, et l'auteur y ajoute un certain nombre d'observations empruntées à Roux (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. X, p. 380, 1845), Michon (*Bull. de la Soc. anat.*, 1850, p. 282), Grappin (*Bull. Soc. anat.*, 1853, p. 805), H. Larrey (art. Radius, du *Dict. encyclop.* par S. Pozzi), Virchow (*Pathol. des tumeurs*, t. II, p. 298), Lawrence (*Stanley's desear of the bones*, Lond., 1849, p. 167), H. Mitchell (*Transac. of the path. Society of London*, 1858, vol. IX, p. 367), Desormeaux (*Bull. de la Soc. chir.*, 2e série, t. V, p. 277, 1864), Fochier (*Lyon médical*, t. III, p. 577, 1875), Green (*Medical press and circular*, 14 mars 1873), Richet, (*Bull. Soc. chir.*, 2e série, t. V, p. 21), Letiévant (*in* Pujo, thèse de Montpellier, 1870, p. 69), Pujo (*Ibid.*, p. 115).

Dans ces divers cas, on avait affaire à des tumeurs malignes des os, tumeurs dites aujourd'hui sarcomateuses, et elles ont été prises pour une hydropisie synoviale, une ostéite scrofuleuse, une carie tuberculeuse, une tumeur des gaînes synoviales, un phlegmon, un abcès, une ostéopériostose syphilitique, des douleurs de goutte ou de rhumatisme. On conçoit que ces dernières erreurs ne puissent être faites qu'au début de l'affection osseuse, alors que celle-ci ne se manifeste guère que par des phénomènes douloureux. A cet égard, M. le Dr Poinsot rapporte une observation inédite dans laquelle la maladie apparut sous forme de douleurs névralgiques extrêmement intenses; voici le résumé de ce fait très-intéressant :

Obs. XV du mémoire du Dr Poinsot. — Il s'agit d'un étudiant en pharmacie, âgé de 32 ans, ayant toujours été bien portant et n'ayant aucun antécédent morbide ingénital ou acquis.

En 1874, M. P..., éprouva des douleurs lancinantes dans le bras droit, douleurs survenant par crises, et surtout lorsque le malade avait bu un peu plus que d'habitude. Le vin fut supprimé et les douleurs disparurent pendant quelque temps, mais il suffisait de prendre même du vin coupé d'eau pour les faire renaître. Vers le milieu de l'année, réapparition des crises, qui deviennent plus fréquentes et quotidiennes, malgré un régime sévère ; il se produisit un peu d'atrophie du membre supérieur.

A cette époque le Dr Poinsot examina le malade et ne put rien découvrir d'anormal ni au bras, ni à l'aisselle. Les bains de mer firent disparaître quelques temps les douleurs, puis celles-ci revinrent malgré l'emploi de l'iodure de potassium à haute dose.

En octobre 1874, le malade consulta M. L. Labbé, qui constata une augmentation de volume de la tête humérale et diagnostiqua une ostéite, tout en faisant des réserves sur la possibilité du développement d'une tumeur maligne. La cautérisation interstitielle à l'aide d'aiguilles de platine fut conseillée, mais ne fut pas faite. Le malade se contenta de l'immobilisation du bras, également conseillée. Bientôt, l'épaule augmenta de volume, des bosselures molles y apparurent, la peau rougit, les veines de la région devinrent apparentes ; on diagnostiqua alors un ostéosarcome et on proposa la résection de l'épaule, qui fut acceptée et pratiquée en décembre.

La tumeur avait détruit en partie la tête de l'humerus, l'articulation était saine ; l'examen microscopique permit de reconnaître un sarcome alvéolaire, riche en jeunes cellules (Vergely). Les suites de l'opération furent d'abord simples, mais peu de temps après les ganglions cervicaux se tuméfièrent, et on put constater une récidive locale. Les tumeurs du cou s'ulcérèrent, des phénomènes de paralysie apparurent, en même temps que des douleurs en ceinture, enfin des troubles respiratoires. Le malade mourut après 9 mois de souffrances horribles.

Malgré l'absence d'autopsie, M. le Dr Poinsot ne met pas en doute la généralisation du sarcome, et avec juste raison, croyons-nous.

Lorsque le sarcome des os siége au voisinage d'une articulation, le diagnostic est encore plus difficile ; notre collègue le Dr Gillette a déjà attiré l'attention de la Société sur ce point important de clinique. Aux 15 observations intéressantes réunies par le Dr Gillette, M. le Dr Poinsot en ajoute un certain nombre d'autres, dont il donne un résumé et qui sont dues à : H. Guéneau de Mussy (*Bull. de la Soc. anat.* 1842, p. 119), Lisfranc (*Bull. de la Soc. anat.* 1847, p. 244), Richet (*in* Carrera, th. de Paris, 1865, p. 87), Martin (*Union médicale*, 1852), Rokitanski (*Wochenbl. D. K. K. Gessells. d'Aertze zu Wien*, nº 1857), Malgaigne (*Bull. Soc. anat.* 1856, p. 237), Chassaignac, *Bull. Soc. chirurgie*, 1856-57, p. 70), Boyer (*in* Lebert, *Anat. path. gén. et spéc.*, t. I, p. 196, 1857), Guersant (Lebert, *loc. cit.*, t. II, p. 592),

Manec (*Bull. Soc. an.* 1859, p. 64), Eames (*at. Boston méd. and Surgy. Journ.*, vol. LIX, p. 452 et 453), qui rapporte 3 observations, Laborie (*Bull. Soc chir.*, t. VII, p. 76, 1866), Burné (cité par Valette, art. Coxalgie *in Nouv. Dict. de méd. chir. prat.*), Letiévant (*in* thèse de Pujo, p. 59, Montpellier, 1870) ; soit 16 observations dans lesquelles des tumeurs malignes de nature variable, nées aux extrémités articulaires , ont été prises pour des tumeurs blanches. Ces erreurs démontrent suffisamment l'opportunité du travail de notre collègue M. Gillette, et, comme le dit très-justement M. le Dr Poinsot, il a eu grandement raison d'appeler l'attention des chirurgiens sur ce point de diagnostic.

Est-ce à dire que les caractères distinctifs sur lesquels insiste M. Gillette puissent suffire pour faire éviter une erreur aux cliniciens ? Avec le Dr Poinsot, nous ne le croyons pas, et l'affection maligne offre une telle variété de symptômes que, malgré les efforts de notre collègue, il nous paraît fort difficile de formuler nettement un diagnostic différentiel, et cela non-seulement au début de l'affection, mais encore à une période assez avancée.

S'appuyant donc sur les faits qu'il a pu recueillir, le Dr Poinsot examine l'un après l'autre les principaux caractères cliniques qui, d'après M. Gillette, pourront faire « soupçonner puis reconnaître l'ostéosarcome ».

La marche de l'affection serait rapide et continue. Or, 5 fois sur 16, la marche a été lente et a présenté des exacerbations comme dans les tumeurs blanches ; ce signe, excellent dans certains cas, ne peut donc être toujours d'une grande valeur.

Le gonflement rapide et le caractère spécial qu'ont les masses organiques à repousser les tissus et à les écarter, offriront aussi une grande importance. Mais ce gonflement dépend certainement de la rapidité de la marche du mal ; quant à son siége, à sa consistance, on peut facilement les confondre avec la tuméfaction qui résulte des fongosités. Reste la tendance des masses néoplasiques à repousser les tissus et à les écarter ; ce fait, signalé par le professeur Trélat, peut être vrai pour les sarcomes des extrémités osseuses; mais, dans l'observation personnelle du Dr Poinsot, la masse morbide née du tibia avait atteint le péroné sans d'ailleurs l'écarter.

« L'absence de suppuration, ou du moins le peu de tendance que les tumeurs ont à suppurer », devrait être pris en sérieuse considération, d'après MM. S. Duplay et Gillette. Il résulte des observations rassemblées par M. le Dr Poinsot que ce symptôme a en effet une grande valeur ; si, en effet, dans quelques cas on a observé des phénomènes inflammatoires et de la suppuration, le plus souvent ceux-ci ne se produisent pas. Dans bien des cas, il est vrai, le

chirurgien a cru avoir affaire à des collections purulentes, et ce n'est qu'après avoir inutilement ponctionné la masse fluctuante et avoir obtenu un écoulement de sang très-abondant parfois qu'il a pu formuler un diagnostic. Dans ces cas, comme l'a dit très-justement M. Gillette, la ponction exploratrice peut être fort utile, mais selon nous elle n'aurait plus la même valeur lorsque l'affection n'est pas très-avancée.

« La résistance absolue du mal au traitement employé et en particulier l'exaspération des douleurs par suite de la compression » sont encore des caractères cliniques très-importants au dire de M. Gillette.

Il est certain que l'absence de toute amélioration sous l'influence d'un traitement rationnel doit mettre le chirurgien sur ses gardes. Mais il n'en est pas toujours ainsi et l'affection peut sembler améliorée, ou du moins les accidents qu'elle détermine peuvent être amendés, sous l'influence des révulsifs (observ. de Richet et de Laborie), voire même après l'application d'un bandage ouaté (Obs. XVI).

Reste enfin « l'intégrité ou plutôt la persistance des mouvements articulaires, due à la conservation des surfaces diarthrodiales, et l'absence de position vicieuse du membre malade», signes cliniques d'une importance dont le premier a été signalé par Malgaigne. Mais, dans certains cas, la néoplasie détruit les cartilages et envahit l'articulation ; Virchow, Müller, Richet, Rokitansky, Létiévant, Panas en ont rapporté des observations citées par M. Poinsot ; il est vrai que dans le fait de Panas, il s'agissait d'un épithélioma et non d'un sarcome.

Quoi qu'il en soit, il est facile de comprendre que dans ces circonstances l'attitude du membre sera singulièrement modifiée, et d'ailleurs celle-ci résulte-t-elle donc toujours de phénomènes mécaniques se passant au niveau de l'articulation? N'y entre-t-il donc pas un élément important qui existe dans les ostéosarcomes articulaires aussi bien que dans les arthrites fongueuses, à savoir : la contracture réflexe ou exagérée souvent par des douleurs plus ou moins vives.

« En résumé, dit M. Poinsot, aucun des signes donnés comme « pouvant servir à distinguer la tumeur blanche de l'ostéosarcome « péri-articulaire, n'est constant ou certain : non-seulement ils font « isolément défaut dans les différents cas, mais encore ils peuvent « manquer dans leur ensemble » (Obs. XVIII, XXIX et XXXI).

Toutefois, l'auteur pense que l'absence de suppuration à une période avancée de la maladie et la ponction exploratrice pourront éveiller l'attention du clinicien.

Qu'il nous soit permis ici d'attirer l'attention de nos collègues

sur un élément important de diagnostic laissé dans l'ombre jusqu'alors ; à savoir l'existence antérieure ou concomittante d'une lésion viscérale qui peut être rattachée à un sarcome.

Dans un fait que nous avons pu observer à Sainte-Périne, il nous a été possible d'éviter une erreur, grâce à ce renseignement important ; voici le résumé de cette observation :

Mademoiselle O..., âgée de 82 ans, avait, depuis 15 ans, des hématuries se renouvelant à des époques plus ou moins éloignées ; une saison à Vichy, en 1866, amena une notable amélioration qui se prolongea jusqu'en 1869. Depuis, les hématuries revinrent plus fréquentes et même s'accompagnèrent de phénomènes douloureux et de cystite. Comme la malade rendait quelques graviers, on crut à l'existence d'une pierre, mais l'exploration de la vessie, faite par M. Guyon, ne donna qu'un résultat négatif.

Vers 1870, la malade se plaignit de douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne gauche, toutefois, ces phénomènes ne donnèrent lieu qu'à un peu de gêne et, jusqu'en 1872, mademoiselle O... put marcher sans aide. Vers la fin de 1872, les douleurs devinrent plus vives et la malléole externe était le siége d'une tuméfaction notable, si bien que la malade dut garder le lit. De nombreux traitements furent employés pour combattre cette lésion articulaire, mais sans résultats, et ce ne fut qu'en octobre 1875 que mademoiselle O... entra à l'infirmerie de Sainte-Périne.

Je vis la malade au mois de janvier 1876, et, après un examen complet, je diagnostiquai : 1° un fongus vésical probablement de nature sarcomateuse, car, par le toucher vaginal, on sentait très-nettement une tumeur du côté du bas-fond de la vessie ; 2° une lésion osseuse située en avant de la malléole externe gauche, probablement née du cuboïde, et de nature analogue à l'altération vésicale.

A ce moment, en effet, le cou-de-pied présentait un gonflement notable, siégeant surtout en dehors et en avant de la malléole externe, et, après une exploration attentive, on sentait très-nettement une tumeur, faussement fluctuante, élastique, qui semblait être développée au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne et empiétait sur le cuboïde. Les téguments étaient sains, les mouvements de flexion et d'extension du pied se passant dans l'articulation tibio-tarsienne, se faisaient assez facilement.

Peu à peu, la tuméfaction du pied augmenta de volume, et vers le mois de juin, elle paraissait tellement fluctuante qu'on crut à la présence d'un abcès. Tenant toujours à mon premier diagnostic, je fis une ponction exploratrice et il ne sortit que du sang et de la sérosité sanguinolente.

Quelque temps après, la masse morbide devint le siége de pul-

sations, enfin, elle s'ulcéra, donna écoulement à un liquide sanieux jusqu'à la mort de la malade qui eut lieu le 28 juin.

L'autopsie et l'examen micrographique, faits par le Dr Malassez, au laboratoire du Collége de France, permirent de s'assurer qu'on avait affaire à un sarcome de la vessie et à un sarcome telangiectasique du cuboïde. Cet os était détruit presque totalement et creusé de cavités offrant des tractus multiples, comparables aux cavités du cœur, quant à l'aspect. Il n'y avait pas d'autres sarcomes dans les viscères.

Comme on le voit, l'existence des hématuries nous a fait rechercher et trouver une tumeur vésicale ; puis le développement d'une altération analogue à celle d'une tumeur fongueuse articulaire, à un âge où celles-ci sont exceptionnelles, nous a fait incliner vers le diagnostic d'une tumeur maligne de nature analogue à celle de la vessie. Les accidents ultérieurs et l'autopsie ont vérifié le diagnostic.

De tout ce qui précède, il résulte ce fait, que l'intervention chirurgicale sera presque toujours retardée, vu les difficultés du diagnostic. De là l'imminence de l'infection par voisinage et celle de la généralisation du mal.

Dans ces conditions, dit l'auteur, quelles limites doivent être assignées à cette intervention chirurgicale ?

Faut-il porter l'instrument tranchant dans la contiguité du segment du membre affecté d'ostéosarcome, comme l'ont conseillé MM. Houel (*Bull. de la Société anatomique* 1874, p. 410) et Fochier (de Lyon) (*Lyon médical*, 1875, t. III, p. 585), ou bien, au contraire, amputer dans l'articulation supérieure et même au-dessus d'elle, comme l'a fait le Dr Poinsot ? Cette dernière opinion est, il faut bien le dire, celle de beaucoup de chirurgiens ; elle s'appuie sur ce fait que la lésion osseuse peut n'être pas enkystée et que les sarcomes des os, en particulier les sarcomes fasciculés et encéphaloïdes présentent souvent des prolongements dans le canal médullaire ou des noyaux multiples ; en d'autres termes, ils ne sont pas circonscrits, mais diffus.

Toutefois, le Dr Poinsot s'est efforcé de résoudre la question par l'examen des faits cliniques, exactement comme l'a déjà tenté notre collègue, le Dr Chauvel. Aux 11 faits réunis par ce dernier, l'auteur du mémoire que nous analysons en ajoute 27 autres, dus à Lenoir (*Bull. de la Soc. anat.*, 1854, p. 262, et 1855, p. 11), Seydwick (*Med. chir. Review*, july 1855), Cooper Forster (*Transact. of the path. Soc. of London*, 1857, vol. VIII, p. 389), Robert (*Moniteur des hôpitaux*, 1859, p. 141), Wilms (in Virchow, *Path. des tumeurs*, t. II, p. 302), Cock et Wilks (*Med. Times and Gaz.*, 1859, p. 70, januar 7), Lebert (*loc. cit.*, t. I, p. 194), Berend (in Virchow,

l. c., p. 307), Houel (*Bull. Soc. anat.*, 1864, p. 157), Hancock (*Anat. and Surgery of the Human foot,* 1873, p. 55), Green (*Lancet*, feb. 22, 1873), Panas (art. Genou in *Nouv. Dict. de chir. et méd. prat.*, t. XVI, p. 62), Armand (*Lyon médical*, 1870, p. 473), A. Guérin (*Bull. de la Soc. anat.*, 1871, p. 252), Hougé de l'Auhwit (*Bull. Soc. chir.*, 1872, p. 39), Jeafferson (*Lancet*, 1874, p. 75, 9 may), Janiszewski (*Medycina,* 1875, nos 42 et 43), Fochier (*Lyon médical*, 1875, t. III), Crosby (*Medical Record*, New-York, 14 nov. 1875), Kelburne King (*Lancet*, 1875, p. 776), Langewagen (*Journ. de méd. mil. russe*, mai 1875) ; enfin, Michon, Larrey, Mitchell Henry, Chassaignac, Letiévant et Poinsot, déjà cités.

En somme, MM. Chauvel et Poinsot ont rassemblé 38 cas d'ostéosarcome des membres pour lesquels il y a eu intervention chirurgicale.

Analysons, avec l'auteur, d'abord la statistique des faits qu'il a réunis, puis celle du Dr Chauvel, enfin les deux réunies.

Sur les 27 observations rassemblées par le Dr Poinsot, il y a eu 14 amputations dans la continuité, et 13 désarticulations ou amputations pratiquées au-dessus de l'articulation supérieure.

Des 14 amputations, il y a eu 3 guérisons dont une douteuse, et 11 infections, dont une récidive dans le moignon ; dans 3 cas, il est vrai, l'infection existait avant l'intervention (Wilms, Armand et Letiévant) ; on peut donc ramener ces chiffres à 10 faits donnant 2 guérisons et 8 infections, dont 1 récidive, soit : 20 0/0 de guéris, 10 0/0 de récidive dans le moignon, 80 0/0 de généralisation.

Des 13 désarticulations ou amputations pratiquées, soit dans l'articulation supérieure, soit au-dessus d'elle, il y a 3 guérisons, 7 récidives locales et 7 généralisations sur 10 faits suivis. Mais en écartant les faits de Robert, de Jeafferson, de Crosby, de Mitchell Henry, qui sont discutables, l'opération ayant été faite alors qu'il y avait une généralisation du mal, ou bien n'ayant pu porter assez haut, on arrive à 9 observations, dont 3 guérisons, 6 infections dont 4 récidives dans le moignon et 5 généralisations, sur 8 faits suivis, soit : 33 0/0 de guéris, 44 0/0 de récidive dans le moignon, 51,5 0/0 de généralisation.

Sur les 9 faits précédents, l'amputation éloignée a été pratiquée 7 fois, dont 2 guérisons, 5 infections, dont 4 récidives dans le moignon et 4 généralisations sur 6 faits suivis, soit 28,5 0/0 de guérison, 57 0/0 de récidive dans le moignon et 66 0/0 de généralisation.

M. le Dr Poinsot fait remarquer avec raison un fait singulier qui ressort de ces statistiques ; c'est que la récidive dans le moignon est plus fréquente après l'amputation éloignée qu'après l'amputation dans la continuité. Il nous semble difficile d'expliquer ce

résultat, qui s'accorde assez peu avec les données généralement admises sur les récidives locales, regardées comme une véritable continuation de la maladie primitive (Verneuil et Marchand).

Les faits du Dr Chauvel fournissent 7 amputations dans la continuité et 4 désarticulations ou amputations éloignées; dans le premier cas, on a : 28,5 0/0 de guérisons, 14,27 0/0 de récidives locales, 71,5 de généralisation; dans le second cas, on a 25 0/0 de guérisons, 50 0/0 de récidives locales, 75 0/0 de généralisation. Ici encore, la récidive locale est plus fréquente dans les désarticulations ou les amputations éloignées; celles-ci d'ailleurs donnent une moyenne de guérisons inférieure à celle qu'on obtient pour les amputations dans la continuité.

Certes, le Dr Poinsot est fort embarrassé de ce résultat, qu'il qualifie d'inexplicable; il serait tenté d'invoquer une mauvaise série: aussi s'empresse-t-il de réunir les deux statistiques précédentes pour appuyer son plaidoyer en faveur de l'amputation éloignée.

Sur les 30 faits, dit-il, obtenus en confondant la statistique de M. Chauvel avec la nôtre, l'amputation dans la continuité compte 13 morts par généralisation, soit 76,4 0/0, tandis que la proportion n'est que de 63,12 0/0 à la suite de l'amputation éloignée. Avec M. Gillette, l'auteur conclut donc qu'il faut intervenir dans le plus bref délai et amputer le plus haut possible.

En résumé, dit M. Poinsot :

1° *L'ostéosarcome au début est toujours difficile à reconnaître; il a pu simuler le rhumatisme, une névralgie, surtout l'ostéite et la périostite, une tumeur synoviale fongueuse, etc.;*

2° *Lorsqu'il siége près d'une articulation, l'ostéosarcome peut revêtir l'aspect d'une ostéite fongueuse, et le cortége des symptômes dont il s'accompagne est absolument identique à celui que caractérise la tumeur blanche;*

3° *Aucun des signes donnés comme pouvant servir au diagnostic n'est caractéristique pris séparément; leur réunion n'est pas davantage pathognomonique;*

4° *L'absence de suppuration à une époque avancée, les résultats de la ponction exploratrice, lorsqu'elle paraît indiquée, sont seuls de nature à mettre sur la voie. Nous y avons ajouté l'existence d'une autre tumeur de nature sarcomateuse;*

5° *L'amputation doit être pratiquée dès que le mal est reconnu;*

6° *L'amputation dans la continuité est moins fréquemment suivie de récidive dans le moignon, mais ses succès sont plus rares;*

7° *Enfin, l'amputation éloignée doit être préférée, vu le plus grand nombre de guérisons radicales qu'elle donne et vu la possi-*

bilité de lésions secondaires dans la continuité de l'os où siége la tumeur primitive.

Nous adoptons complétement les conclusions de l'excellent travail du Dr Poinsot ; toutefois nous ferons remarquer en terminant, que celles-ci ne sont peut-être pas applicables à toutes les formes de l'ostéosarcome. A cet égard, l'auteur n'a pas assez tenu compte de la nature même des tumeurs dont il a recueilli les observations.

Si, en effet, certains ostéosarcomes présentent, comme les tumeurs ostéoïdes, des caractères de malignité excessifs, d'autres, comme les sarcomes myéloïdes, offrent, dans des conditions déterminées, une bénignité relative. D'ailleurs, c'est là un point qui n'est pas encore parfaitement éclairci et sur lequel il faudrait de nouvelles recherches à la fois cliniques et anatomo-pathologiques.

Je vous propose, Messieurs, de déposer honorablement le mémoire de M. Poinsot dans les archives, et d'adresser des remerciements à l'auteur.

Je vous ferai remarquer, en outre, que le Dr Poinsot, lauréat de la Société, sollicitera bientôt vos suffrages pour une place de membre correspondant.

Discussion.

M. Gillette. Je ne suis pas convaincu que le travail de M. Poinsot nous permette d'éviter les erreurs de diagnostic; lui-même a cru à un kyste dans un cas d'ostéosarcome.

Je signalerai comme omission l'état des cartilâges qui, comme l'a dit M. Terrier, servent de barrière à l'envahissement du néoplasme.

Je ne crois pas avoir été aussi affirmatif que semble le dire M. Terrier au sujet du diagnostic possible du sarcome articulaire; j'ai cité des cas où on avait cru à des affections rhumatismales. Le fait de M. Poinsot diffère du mien par l'âge du malade : j'ai toujours eu affaire à de jeunes sujets.

M. Poinsot préconise comme moi, et avec raison, l'amputation à distance; je rappellerai cependant que l'on peut rencontrer des noyaux de sarcome même à une grande distance. Je citerai un fait de M. Guyon, où la désarticulation de la cuisse ayant été faite, on trouva dans la tête du fémur un noyau de sarcome.

M. Tillaux. Je crois, comme M. le rapporteur, que le diagnostic des ostéo-sarcomes articulaires est très-difficile et même impossible au début. Il est surtout malaisé de se prononcer entre une tumeur blanche et un sarcome. Je tiens à faire connaître un signe, qui dans deux cas, m'a permis d'établir le diagnostic, c'est l'immobilisation.

On peut poser en principe que, lorsque l'on est en face d'une affection inflammatoire, le bandage inamovible soulage; dans l'ostéosarome, les souffrances sont augmentées par la compression.

M. Le Fort. Je tiens à faire connaître un cas plus favorable que ceux qu'on a cités. J'ai, il y a 3 ans, amputé un malade juste au-dessus de la tumeur osseuse, aucune récidive ne s'est produite.

M. Terrier. Je répondrai à M. Gillette que M. Poinsot regarde le diagnostic comme très-difficile et même impossible quelquefois : il a noté que certains signes indiqués par notre collègue comme constants pouvaient manquer. Quant au signe tiré de l'immobilisation signalé par M. Tillaux, je répondrai que M. Poinsot a cité 3 cas où ce moyen avait été employé : il y a eu une amélioration due peut-être à ce qu'il y avait de l'inflammation concomittante.

Quant à M. Le Fort, je lui répondrai par les conclusions du travail. Il est impossible de comparer les divers sarcomes, myéloïdes, ossifiants, etc., cette partie du sujet qni ressort de l'anatomie pathologique n'est pas encore suffisamment connue.

M. Gillette. Je suis surpris que l'immobilisation diminue les douleurs dans le sarcome, l'exacerbation doit être la règle. J'ai conservé un souvenir très-net du malade de M. Tillaux où les douleurs avaient pris sous l'appareil un caractère de grande acuité.

M. Panas. On a fait allusion dans le rapport à un cas d'épithélioma de l'articulation du genou que j'ai observé à Saint-Louis. Bien que ce fait ne rentre pas dans les sarcomes, je tiens à diro que la malade qui avait porté 8 ans son cancroïde est guérie depuis l'amputation, qui remonte à 10 ans.

M. Verneuil. Je puis annexer à la discussion la série des faits qui me sont personnels et que j'ai pu suivre jusqu'à leur terminaison. Ils ne sont pas bien nombreux, mais l'examen histologique ayant été fait, ils peuvent servir à éclairer la question du pronostic des variétées particulières de l'ostéosarcome des membres.

1° Adolescent. Cancer en aiguille du périoste de l'extrémité supérieure du tibia. Amputation de la cuisse, guérison de la plaie opératoire. Mort l'année suivante de généralisation viscérale sans récidive locale ;

2° Fait presque identique au précédent. Même âge, même siége ; cancer sous-périostique, pénétrant profondément dans le tissu spongieux du tibia. Amputation de la cuisse. Malgré quelques accidents locaux, guérison locale. Santé florissante pendant près d'un an, récidive dans les poumons, le moignon reste indemme ;

Paris.— Imp. Paul Dupont, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau. *Le Gérant* Masson

3° Ostéosarcome cancéreux de l'extrémité inférieure du fémur, amputation de cuisse. Guérison locale persistante. Quelques mois plus tard, récidive dans les os du crâne ;

4° Tumeur myéloïde énorme de l'extrémité supérieure du femur chez une jeune fille, désarticulation de la hanche. Mort au quarantième jour, aucun dépôt morbide dans le reste du fémur ;

5° Tumeur de même nature occupant le même siége, amputation au 1/3 supérieur de la cuisse. Jeune homme de 25 ans environ. Mort des suites immédiates de l'opération. Rien d'anormal dans le 1/3 supérieur du fémur ;

6° Cancer à marche rapide de la tête de l'humérus, chez une jeune fille, désarticulation de l'épaule. Récidive locale prompte avant la cicatrisation de la plaie opératoire ;

7° Tumeur fibro-plastique nucléaire (sarcome encéphaloïde) du radius, à marche rapide, chez un élève en pharmacie. Amputation du bras à la partie moyenne, point d'accidents locaux graves, mais la plaie ne se cicatrise pas. Accidents thoraciques causés probablement par des dépôts secondaires. Mort un mois environ après l'amputation dans un état cachectique très-prononcé ;

8° Enchondrome des métacarpiens, chez un adulte, amputation partielle de la main. Mort de pyohémie ;

9° Enchondrome énorme du péroné, chez un garçon de 21 ans. Amputation de la jambe au 1/4 supérieur. Accidents traumatiques graves. Guérison datant de 18 mois environ. Santé générale florissante au jour actuel.

Rapport de M. Verneuil sur deux mémoires de M. Nepveu intitulés : *Contribution à l'étude de la dénudation des nerfs* et *Contribution à l'histoire du lymphangiome de la langue.*

Messieurs,

Les deux travaux que je vais vous faire connaître présentent un grand intérêt, qu'ils empruntent à la nouveauté des faits et au soin avec lequel ils ont été étudiés.

Dans le premier, M. Nepveu aborde la question peu connue de la dénudation des nerfs, lésion qui est loin d'être rare, mais que les nosographes cependant ont oublié de décrire explicitement. Dans les deux observations qu'il rapporte, l'auteur montre que bien qu'isolés complétement par la dissection et devenus flottants dans une grande étendue, un nerf moteur, le facial, et un nerf mixte, le sciatique poplité externe, ont conservé l'intégrité de leurs propriétés et usages. La dénudation, pratiquée volontairement et méthodiquement dans les deux cas, avait eu pour but de ménager ces cordons pen-

dant l'extirpation de tumeurs auxquelles ils étaient accolés. La chose n'avait présenté aucune difficulté pour le facial simplement soulevé et distendu par une tumeur parotidienne, mais pour le sciatique poplité externe, la dissection avait été aussi délicate que laborieuse, car le nerf englobé dans un fibrome volumineux dut être sculpté à petits coups au sein de la masse fibreuse et isolé dans une longueur d'au moins douze centimètres.

Le processus réparateur ne put être suivi pour le facial qui se perdit bientôt au milieu des granulations du foyer opératoire. Pour le sciatique, au contraire, on vit distinctement le névrilème respecté se vasculariser peu à peu et se couvrir ensuite et lentement de bourgeons charnus, puis enfin se dissimuler dans la cicatrice générale.

On pouvait redouter les effets de la rétraction inodulaire de la gaîne bourgeonnante et craindre que le cordon nerveux ainsi étreint ne fût comprimé et atrophié dans la suite, heureusement il n'en fut rien. On ne constata, au visage, aucun symptôme de paralysie faciale, et si quelques phénomènes d'hyperesthésie et d'anesthésie se montrèrent dans la sphère de distribution du sciatique poplité externe, ils furent très-limités, et sous ce rapport nous surprirent agréablement par leur bénignité relative.

Cette observation est d'ailleurs complète au point de vue clinique et anatomo-pathologique. L'opération a été suivie du résultat le plus satisfaisant, car la guérison obtenue à la fin de l'année 1875 ne s'est pas démentie au jour présent.

En ce qui concerne l'examen anatomique de la tumeur, il a été fait par M. Nepveu avec un soin et surtout une compétence que nous nous faisons un devoir de reconnaître.

Vous lirez avec intérêt et d'un bout à l'autre le récit de ce fait important et les commentaires judicieux que M. Nepveu y ajoute.

Le second travail moins important sans doute au point de vue de la pratique chirurgicale et de la médecine opératoire est, en revanche, plus curieux, car il a trait à une variété de tumeur de la langue qui n'a encore été observée qu'un très-petit nombre de fois et encore sous une forme un peu différente.

Il s'agit en effet de la dilatation des lymphatiques de la langue, lésion dont la connaissance date à peine de quelques années. Dans ce cas l'anatomie pathologique n'a point prêté à l'observation clinique son précieux secours et comme, d'autre part, la tumeur ne présentait pas au complet les caractères notés jusqu'ici dans les faits publiés de lymphangiome lingual, on comprend jusqu'à un certain point que le diagnostic porté ait paru à quelques-uns d'entre vous un tant soit peu hasardé et téméraire.

Toutefois, je dirai que la production morbide n'avait aucune res-

semblance quelconque avec les néoplasmes connus de la langue et que l'hypothèse de sa nature lymphangiectasique est venue d'emblée et simultanément à l'esprit de M. Nepveu et de votre rapporteur lui-même, dans le service duquel la malade était couchée.

Un examen plus attentif et souvent répété loin de changer nos opinions ne fit que les confirmer, et tous deux nous avons la conviction de ne point nous être trompés. Il eût été facile sans doute de nous éclairer par quelques explorations, et entre autres par la ponction avec un fin trocart; mais je crus bon de m'en abstenir, sachant que les moindres blessures des lymphangiomes peuvent être le point de départ d'accidents redoutables. La prudence l'a emporté ici sur la curiosité scientifique.

Quoi qu'il en soit, le fait est très-curieux et tout à fait digne d'être recueilli, car il serait le premier cas connu de *lymphangiome lingual circonscrit et indépendant de la macroglossie.*

M. Nepveu a signalé, chemin faisant, tous les auteurs qui se sont occupés de la question et qui sont étrangers.

Comme tout ce qui sort de la plume de M. Nepveu, les deux notes précédentes ont un caractère d'originalité très-évident. Complétement au courant de la science classique, l'auteur dans ses productions n'est jamais banal, il cherche toujours le nouveau de bon aloi, étudiant avec prédilection les sujets peu ou mal connus.

A la vérité il possède à un haut degré tous les instruments de travail: érudition, connaissance des langues étrangères, habileté incontestable dans le maniement du scalpel et du microscope, compétence égale en physiologie théorique et expérimentale, enfin habitude de l'observation clinique et de toutes ses ressources, ce qui explique aisément comment notre jeune confrère produit beaucoup et produit bon.

M. Nepveu, qui plusieurs fois déjà vous a apporté son contingent, serait heureux et fier d'entrer dans vos rangs. Vos suffrages seraient pour lui une récompense et un encouragement comme les désirent les travailleurs infatigables. Je n'hésite point à vous dire que l'annexion de ce candidat serait pour lui un grand honneur, aussi pour notre Société une précieuse acquisition.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous proposer:

1° D'adresser des remerciements à M. Nepveu;

2° D'insérer ses deux mémoires au *Bulletin ;*

3° D'inscrire son nom sur la liste des candidats à une place de membre titulaire.

Discussion.

M. Duplay. J'ai observé un fait qui vient à l'appui de ce qui a été dit par M. Nepveu. Il s'agissait d'une petite tumeur, un fibro-sarcome placé sur le trajet du nerf cubital et qui par compression déterminait de violentes douleurs. Pendant l'opération je fus obligé de dénuder le nerf cubital dans l'étendue de deux centimètres, non-seulement aucun accident ne survint, mais les douleurs cessèrent complétement.

Contribution à l'histoire du lymphangiome de la langue,

par le docteur Nepveu.

Le lymphangiome de la langue est fort rare, car à peine en rassemblerait-on six ou sept exemples.

Indiquée d'abord confusément par Otto Weber, cette lésion ne fut exactement décrite que par Virchow, qui la rencontra dans deux cas de macroglossie.

Six nouveaux faits furent publiés par Amstein, Billroth, Maas, Geiss et Volkmann.

L'examen microscopique établit dans tous ces cas la nature de l'affection.

Dans l'observation suivante, cette confirmation importante fait défaut, et cependant le diagnostic a été porté d'après des signes cliniques que je crois concluants.

Louise Pl..., 52 ans, coloriste, n'ayant jamais fait de graves maladies, ne portant aucune trace de syphilis ni de scrofule, mais seulement dyspeptique et névropathique, vint à l'hôpital de la Pitié consulter pour ses maux d'estomac. C'est par hasard qu'un élève, ayant constaté la lésion linguale, qui lui parut curieuse, amena la malade à M. Verneuil, qui la reçut dans son service, où nous pûmes l'examiner à loisir.

Elle assigne à l'affection linguale une origine déjà ancienne. S'étant par hasard, en mangeant, mordu la langue il y a dix-huit mois, elle constata la présence, sur le bord gauche de l'organe, d'une tumeur du volume d'une amande, tout à fait indolente spontanément et à la pression ; elle ne fit guère attention à ce mal, qui resta longtemps stationnaire et n'a fait quelques progrès que dans ces derniers mois. Voici quels sont ses caractères au mois de janvier 1877 :

Tumeur oblongue à grand axe oblique d'avant en arrière, mesurant en ce sens à peu près trois centimètres sur deux centimètres et demi transversalement, faisant à la fois saillie sur la face dorsale, sur le bord gauche de la langue au niveau de son tiers moyen et en bas sur le plancher de la bouche dans le sillon gingivo-lingual.

Elle est mollasse, flasque dans toute son étendue, sans fluctuation

ni rénitence, et semble s'affaisser sous l'influence de la pression pour reprendre au bout d'un certain temps son volume primitif, à la manière des tumeurs érectiles; l'effort, toutefois, n'accroît, ne distend ni ne durcit la masse; quoique bien apparente à la vue, elle se distingue mal par le toucher du reste de la langue quand celle-ci est au repos; mais si on fait contracter les muscles on reconnaît qu'ils manquent au niveau de la tumeur, comme s'ils avaient éprouvé une perte de substance, en d'autres termes la masse musculaire est comme échancrée largement sur le bord gauche de l'organe.

La muqueuse sus-jacente n'est point altérée et paraît seulement un peu amincie ; les papilles ne sont ni atrophiées ni hypertrophiées ; nulle part on ne constate de vésicules transparentes, ni de réseau vasculaire, ni de translucidité.

Loin d'être bleuâtre ou violacée, la teinte générale est pâle, d'un blanc sale tirant sur le jaune.

Du reste, l'indolence est absolue et la gêne insignifiante. Les mouvements s'exécutent de telle façon qu'aucun des usages de l'organe n'est entravé.

Le reste de la langue est sain, sauf çà et là quelques sillons interpapillaires un peu profonds. Les parties voisines sont également indemnes. Les ganglions du cou n'offrent aucune modification et n'en ont jamais offert; en un mot, sauf l'existence de la tumeur, tout est négatif, aussi la malade est-elle surprise de l'insistance avec laquelle on l'examine pour un mal qui ne la préoccupe nullement.

Le diagnostic évidemment était obscur, cependant on pouvait éliminer d'abord tous les tissus solides, y compris le lipome qui n'eût point été réductible et sur lequel la pression serait restée sans effet.

La durée du mal, son indolence, son état à peu près stationnaire ne permettaient pas de songer à un abcès. La flaccidité et l'absence de fluctuation excluaient l'idée d'un kyste. L'ensemble des caractères ne s'appliquait en réalité qu'à une tumeur vasculaire, à un angiôme; mais, si le manque de battements mettait hors de cause le nœvus artériel et l'anévrysme cirsoïde, le défaut de turgescence dans l'effort, la décoloration de la muqueuse, l'absence de toutes varicosités, de toute teinte bleuâtre dans une tumeur aussi superficielle rendaient inadmissible la tumeur érectile veineuse.

C'est ainsi que, par exclusion, nous arrivâmes au diagnostic du lymphangiome.

A la vérité, nous reconnaissons que les lymphangiomes linguaux, observés jusqu'à ce jour, diffèrent assez notablement de celui-ci, car ils se combinent avec la macroglossie, sont congénitaux et s'accompagnent d'hypertrophie papillaire, à quoi on peut répondre qu'à côté de la forme congénitale et diffuse peut exister la forme acquise et circonscrite; que l'hypertrophie papillaire peut man-

quer dans les dilatations lymphatiques des autres régions et n'est pas un caractère indispensable, et que notre ignorance de la cause n'est pas une raison pour contester la nature anatomique de l'affection.

En résumé, nous publions ce fait curieux avec réserve et à titre de document provisoire, bien que nous soyons convaincu de la réalité de notre hypothèse. Sans doute, une ponction explorative aurait singulièrement aidé le diagnostic, mais sachant quels accidents graves peut entraîner la blessure, même légère, des angiomes lymphatiques, M. Verneuil m'a engagé à me priver de cette information.

Bibliographie : Otto Weber, *Virchow's Archiv*, 1854, p. 126. — Virchow *Verhandlung der phys. med. Gesellschaft*, Wurzburg, 1875. — Amstein, *Virchow's Archiv*, t. VII, p. 309. — Billroth, *Beïtrage zur Path. histol.*, 1858. — Maas, Geiss Volkmann, *Arch. von Langenbeck*, t. XIII et XV.

Communications.

M. Berger lit un travail intitulé :

Luxation sous-astragalienne en dedans (Malgaigne), *en dehors* (Broca), *compliquée d'un certain degré de luxation de l'astragale par rotation autour de son axe vertical. — Réduction dans l'anesthésie chloroformique.*

Commissaires : MM. Perrin, Nicaise ; Anger, rapporteur.

M. Ch. Monod lit une *note sur les angiomes douloureux.*

Commissaires : MM. Guyon, Lucas-Championnière ; Trélat, rapporteur.

Présentation de pièces.

Organes génitaux d'une femme ayant subi l'ovariotomie,

par M. Terrier.

Messieurs,

J'ai l'honneur de présenter à la Société les organes génitaux d'une femme à laquelle j'avais fait l'ovariotomie le 20 février 1875 et dont j'ai lu ici l'observation le 5 juillet 1876.

Cette femme, dont j'avais fréquemment des nouvelles, grâce à l'obligeance de mon confrère le Dr Herbart (de Dunkerque), s'était toujours très-bien portée jusque vers le commencement de février

dernier. A cette époque, et sous l'influence d'un refroidissement, elle fut prise d'une pleurésie droite, avec un épanchement énorme. Malgré un traitement rationnel : purgatifs, révulsifs, diurétiques, etc., le liquide épanché augmentant, on fit vers le commencement de mars une ponction avec l'appareil Dieulafoy. On put retirer 2,400 grammes de liquide séreux. La gêne de la respiration continua malgré cette ponction, et la malade succomba le 11 mars 1877.

Quoique faite à la hâte et par conséquent incomplète, l'autopsie permit de constater : l'absence de tubercules pulmonaires, la reproduction de l'épanchement devenu légèrement louche, le refoulement complet du poumon vers la colonne vertébrale, enfin l'existence de 3 ou 4 pseudo-membranes s'étendant du poumon à la paroi costale.

La cavité abdominale fut ouverte pour examiner l'état de l'épiploon et enlever les organes génitaux.

L'épiploon était adhérent à la paroi de l'abdomen à droite de la cicatrice ombilicale ; il formait une corde assez volumineuse, qui bridait l'estomac et le divisait en deux lobes. Cet épiploon était épaissi et induré, surtout vers son adhérence pariétale, que le Dr Herbart a réséquée et que je mets ici sous vos yeux.

Il était intéressant d'examiner l'épiploon, parce que celui-ci devait contenir deux fils d'argent de la suture abdominale que je n'avais pu enlever après l'opération. Ceux-ci, en effet, furent retrouvés au milieu du tissu cellulo- graisseux, entraînés par conséquent par la rétraction de l'épiploon du côté de la cavité péritoncale. L'un des fils était encore adhérent à la partie profonde de la paroi abdominale antérieure ; l'autre était situé un peu plus loin, dans l'épaisseur même de l'épiploon.

Les fils ne sont pas enkystés, légèrement colorés en noir, par une mince couche de sulfure d'argent ; ils sont en rapport direct avec le tissu cellulo-graisseux qui les entoure de tous côtés.

En soulevant le paquet intestinal, pour examiner les organes génitaux, le Dr Herbart fut frappé par le volume de l'utérus qui faisait saillie au-dessus du pubis. Du bord supérieur du ligament large du côté droit partait une bride qui adhérait à la partie inférieure de la cicatrice abdominale résultant de l'opération. Cette bride, plus large à son point d'adhérence à la paroi, n'était autre que le pédicule du kyste enlevé.

Les organes génitaux furent enlevés et me furent envoyés par le Dr Herbart.

L'utérus offre un volume évidemment anormal, et est certainement hypertrophié du côté droit, c'est-à-dire du côté où l'ovaire kystique a été enlevé.

Voici les dimensions qu'il présente, et qui ont été mesurées par M. le Dr Herbart immédiatement après l'autopsie :

Longueur : 90 millimètres.
Largeur : 70 millimètres.
Épaisseur : 30 millimètres.

La cavité utérine est notablement plus vaste que normalement. Le ligament large du côté droit offre à son bord supérieur une bride assez étendue qui adhérait à la partie inférieure de la plaie faite pour l'ovariotomie; cette bride est constituée par le ligament de l'ovaire et la trompe.

Du côté gauche, l'ovaire est le siége d'un kyste du volume d'une tête de fœtus; ce kyste est multiloculaire et présente une grande poche remplie de liquide.

Lors de l'opération, cet ovaire ne fut pas examiné : nous ne pouvons donc savoir depuis quand l'altération kystique a commencé. Le ligament large et la trompe sont normaux et n'offrent rien de particulier à signaler.

Un fait curieux à constater, c'est que, malgré la présence de ce second kyste et l'ablation totale de l'ovaire droit, Reine D... avait encore ses règles.

En effet, il résulte des renseignements pris par mon collègue Herbart et des lettres que j'ai reçues de mon opérée, que l'écoulement menstruel apparut régulièrement pendant les 5 mois qui suivirent l'opération. Puis il y eut absence de règles pendant 3 mois ; le quatrième, les règles reparurent.

En général elles duraient 1 jour 1/2 à 2 jours, et s'accompagnaient de quelques douleurs abdominales et d'un peu de tension du ventre (4 juin 1876). Vers la fin de l'année 1876, il y eut une nouvelle disparition des époques, pendant 2 mois (22 décembre 1876) ; puis, réapparition de l'écoulement, qui se produisit même pendant le séjour de la malade à l'hôpital de Dunkerque . Notons toutefois que les menstrues étaient devenues irrégulières.

J'ai cru devoir attirer l'attention sur ce point de physiologie, étudié récemment par le Dr de Sinéty à la Société de biologie, d'autant que le fait rapporté plus haut vient à l'appui de l'opinion qui regarde la menstruation comme n'étant pas toujours fatalement liée à l'ovulation spontanée.

Lipome de la cuisse,

par M. Gillette.

Ce lipome sous-musculaire occupait la cuisse gauche chez un vieillard de 72 ans. Cette tumeur, dont la masse pèse douze livres, remontait à l'année 1841, n'avait jamais déterminé de troubles, ni du côté de la circulation, ni du côté de l'innervation. L'artère

fémorale passait en effet à la superficie de la tumeur et les nerfs s'étalaient également à sa surface; les musclcs vaste externe et droit antérieur la recouvraient, mais le vaste interne s'engageait au-dessous d'elle. C'était, parce que depuis quelque temps la masse grossissait beaucoup et gênait considérablement le malade pendant la locomotion, que ce dernier était venu réclamer instamment l'ablation de cette tumeur.

L'ischémie par la bande d'Esmark ne fut pas employée, par suite de l'impossibilité de l'application de la bande, mais la perte de sang, pendant l'opération, fut très-minime. M. Gillette avait mis en usage le procédé de Lister.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel,
CRUVEILHIER.

Séance du 28 mars 1877.

Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

M. Larrey offre à la Société : 1° une trentaine de thèses nouvelles de la Faculté de Paris, sur diverses questions de chirurgie ; 2° le *Journal de thérapeutique*, du professeur Gubler, pour 1876 ; 3° le *Recueil d'ophthalmologie de Galezowski*, pour 1876.

M. Verneuil présente les thèses suivantes :

1° *Contribution à l'étude de l'épithélioma de la glande sublinguale*, par M. Margnat ;

2° *Étude clinique sur la fièvre primitive des blessés*, par M. Maunoury ;

3° *Des lésions traumatiques portant sur des tissus malades*, par M. Bouilly ;

4° *Étude sur le traitement et le pronostic des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage*, par M. Fugier ;

5° *Des accidents du cathétérisme de l'œsophage*, par M. H. Comte.

M. Marjolin offre, de la part de M. Fleming, de Dublin, un vo-

lume intitulé : *Traité clinique des blessures et des maladies des organes génito-urinaires.*

M. le président annonce à la Société la présence de M. Piachaud, de Genève, membre correspondant étranger, et de M. Aubrée, de Rennes, membre correspondant national.

Rapports.

Rapport sur un travail de M. Bachon, intitulé : Contribution à l'étude des rapports de l'arthritisme avec les plaies,

par M. Ledentu.

Messieurs,

Le travail de M. Bachon, médecin en chef de l'hôpital de Sidi-bel-Abbès, dont je suis chargé de vous rendre compte, a pour titre : *Contribution à l'étude des rapports de l'arthritisme avec les plaies.*

Répondant à l'appel adressé par M. Verneuil à tous ceux qu'intéressent les questions relatives à la pathologie générale, l'auteur vous a communiqué plusieurs observations capables, selon lui, de démontrer l'influence des plaies sur l'apparition des manifestations rhumatismales.

L'analyse succincte de ces faits vous permettra de juger si l'interprétation qu'en donne M. Bachon est suffisamment fondée.

Obs. I. — Fize, soldat au 2e du génie, 27 ans. Pas d'antécédents rhumatismaux. Adénite inguinale droite sans autre cause probable que des efforts prolongés. Entre à l'hôpital le 21 novembre 1875.

Le 29 novembre, suppuration et incision de l'abcès.

Le 9 décembre, commencement d'une période d'adynamie signalée par la gangrène du foyer.

Le 30 décembre, douleurs dans les deux genoux.

Le 1er janvier 1876 et les jours suivants, jusqu'au 1er mai, par conséquent pendant quatre mois, manifestations rhumatismales mobiles atteignant successivement presque toutes les articulations, alternant par moments, ou *coïncidant* avec diverses complications survenues du côté du ganglion suppuré.

L'année précédente, le même Fize s'était brisé le cubitus et il s'était formé une pseudarthrose. M. Bachon considère comme probable que la non-consolidation de la fracture est le fait de la diathèse rhumatismale qui, d'ailleurs, ne s'était encore révélée d'aucune façon.

Il croit, en outre, que la même diathèse a déterminé la gangrène

du foyer de l'adénite et troublé le processus réparateur, et que, réagissant sur la diathèse, le foyer purulent a fait apparaître à plusieurs reprises des douleurs articulaires dans beaucoup de points du système. De simples cautérisations au nitrate d'argent pouvaient, à un certain moment, réveiller de nouvelles manifestations articulaires, en même temps qu'elles déterminaient localement une sorte de fluxion caractérisée par de l'œdème inflammatoire et de la douleur.

Obs. II. — *Chancre mou et bubon suppuré. — Rhumatisme articulaire.*

Pas d'antécédents rhumatismaux. Pas d'écoulement uréthral. Quarante-six jours après l'entrée à l'hôpital, le chancre et le bubon n'étant pas encore cicatrisés, apparaît un écoulement uréthral à forme subaiguë.

Dix-neuf jours plus tard, développement de douleurs dans les genoux; les jours suivants, d'autres articulations se prennent, l'endocarde est atteint. Le chancre s'ulcère de nouveau.

Trente-cinq jours après, sortie de l'hôpital. Une plaie contuse de l'avant-bras gauche ramène le sujet quinze jours plus tard. Cette plaie reste pultacée très-longtemps, et la plaie inguinale rouverte spontanément met cinq mois à se cicatriser.

Obs. III. — *Adénite inguinale suppurée. — Rhumatisme articulaire.*

Le malade a eu à plusieurs reprises des douleurs articulaires. Une nouvelle attaque apparaît, qui ne trouble pas la marche de l'adénite.

L'auteur se demande si l'adénite n'a pas été déterminée par la diathèse rhumatismale.

Obs. IV. — *Adénite inguinale suppurée. — Rhumatisme articulaire.*

Pas d'antécédents rhumatismaux. Ici encore, la cause directe de l'adénite suppurée échappe; on ne peut invoquer que la fatigue musculaire.

Obs. V. — *Bubon spontané non suppuré. — Rhumatisme articulaire.*

Accidents rhumatismaux antérieurs. D'après l'auteur, l'explosion de la diathèse aurait été déterminée par l'applicatton d'un vésicatoire sur le ganglion enflammé.

Tels sont les faits qui constituent la base du travail de M. Bachon. Prouvent-ils bien ce que veut établir l'auteur, à savoir l'influence réciproque de la diathèse rhumatismale sur les plaies et des traumatismes divers sur la diathèse rhumatismale ?

Il est à remarquer d'abord que les cinq observations ont ceci de commun que les manifestations rhumatismales se sont montrées chez des individus atteints d'adénite inguinale, si bien qu'on est tenté de se demander si, à côté du rhumatisme blennorrhagique, n'existerait pas chez l'homme une sorte de rhumatisme ayant son

point de départ dans les maladies de la zone génitale, de même que chez la femme, certains médecins admettent à côté du rhumatisme uréthral, des manifestations articulaires se rattachant aux maladies du vagin, de l'utérus et des ovaires.

L'auteur a si bien pressenti cette difficulté d'interprétation, qu'il se demande, lui aussi, s'il n'y aurait pas entre le rhumatisme et le système lymphatique une sorte de mystérieuse connexité ; mais il a négligé la question de savoir si les manifestations articulaires qui naissent de cette façon sont tout à fait identiques au rhumatisme vrai spontané.

Cette question me paraît pour le moment tout à fait insoluble : aussi, ne suivrai-je pas l'auteur dans toutes les déductions qu'il croit pouvoir tirer des faits observés par lui, déductions où se révèle parfois la pression d'une idée *à priori*.

Loin de moi la pensée de nier l'influence du rhumatisme sur les plaies ou les traumatismes, ou celle de ces derniers sur la diathèse arthritique; mais le sujet est si délicat et, sur un pareil terrain, la preuve est si difficile à faire qu'on a le droit de se montrer exigeant envers ceux qui croient tenir en main les éléments d'une solution satisfaisante.

Permettez-moi de relever, chemin faisant, quelques assertions qui ne me paraissent pas suffisamment fondées.

L'auteur est-il bien autorisé à considérer la gangrène du foyer comme due à une diathèse rhumatismale qui ne s'était pas encore révélée chez son premier malade?

Est-ce le rhumatisme ou simplement l'affaiblissement général dû à une maladie particulièrement anémiante, qui a déterminé l'ulcération d'un chancre déjà cicatrisé chez le nommé Amar-ben-Raddour?

La lenteur de la cicatrisation des adénites suppurées est-elle un fait rare en dehors du rhumatisme?

Si les manifestations articulaires qui se rattachent aux adénites suppurées représentent une sorte de rhumatisme génital, peut-on déduire de plusieurs des observations citées plus haut que le traumatisme peut provoquer des manifestations rhumatismales chez des sujets qui n'en avaient pas présentées jusque-là?

Allant plus loin et examinant les relations du traumatisme avec l'érysipèle traumatique, signalées comme possibles par M. Verneuil, l'auteur avance que M. Verneuil a été frappé de la connexion qui existe entre l'arthritis et la *lymphite*, et tranche ainsi par un mot la question encore si controversée de la nature de l'érysipèle.

Entraîné par sa tendance à faire jouer un rôle important au système lymphatique, même dans le rhumatisme ordinaire, l'auteur se demande si l'action du froid, du froid humide, ne re-

présente pas un véritable traumatisme, et il ajoute que si le tissu connectif est le siége des modifications pathologiques désignées sous le nom de rhumatisme, l'analogie qui existe entre *la cellule plasmatique et les vaisseaux lymphatiques* permet de comprendre que ces derniers deviennent à leur tour *les substracteurs des manifestations arthritiques.*

En résumé, Messieurs, les observations de M. Bachon sont curieuses à certains égards; elles mettent peut-être en relief certains faits qu'on n'a pas assez étudiés jusqu'ici; mais les considérations qui les accompagnent ou les suivent me semblent un peu manquer de la rigueur dont la pathologie générale a plus besoin que tout autre branche de la science, médicale pour ne pas s'égarer dans le vague des conceptions purement hypothétiques.

Je vous propose de voter des remerciements à M. Bachon et de déposer son travail aux archives de la Société.

Discussion.

M. Verneuil. Je suis d'avis, comme M. Ledentu, que les observations de M. Bachon ne sont pas toutes concluantes, mais je suis aussi d'avis qu'il vaut mieux aborder ces questions de pathologie générale avec des documents insuffisants que de ne pas les aborder du tout. Quelques notions sont déjà acquises. Le rhumatisme est une cause de retard dans la consolidation des fractures; là M. Bachon est dans le vrai. Mais le fait de gangrène déterminée par le rhumatisme est peu probant; en effet l'auteur n'a pas vu que son malade était un paludique sérieusement atteint, presque cachectique et qu'il était plus rationnel d'attribuer la gangrène à la cachexie. Cette observation est un exemple d'un de ces cas où deux états constitutionnels se donnent rendez-vous, pour ainsi dire, sans qu'il soit aisé de savoir lequel prédomine. On a étudié isolément l'influence de certains de ces états diathésiques, l'alcoolisme, le lymphatisme, le diabète, etc.; mais en pratique, les cas complexes sont les plus communs et il faut se garder de prendre le change. Je suis donc d'avis que M. Bachon n'a pas assez pris en considération l'état cachectique de son malade.

Faut-il admettre, avec M. Bachon, que les blessures sont capables d'éveiller le rhumatisme ? je le crois pour ma part, surtout lorsqu'on a affaire à de jeunes sujets où la diathèse n'a pu encore se révéler, en raison du jeune âge. Le traumatisme joue le rôle de toutes les causes excitantes qui peuvent faire éclore le rhumatisme.

Quant à l'érysipèle, je crois que les arthritiques, les goutteux,

les rhumatisants y sont prédisposés. L'érysipèle de la face, qui se montre si souvent chez certains malades, ne présente cette répétition que sur les sujets en puissance des diathèses précitées.

Rapport sur deux observations, de M. Reverdin, de Genève,
par M. Ledentu.

Messieurs,

Au mois de mars 1876, M. Reverdin, de Genève, vous faisait connaître deux faits intéressants tirés de sa pratique. Je vous demande la permission de vous en rendre compte brièvement.

La première observation est celle d'un homme à qui M. Reverdin fit, à l'âge de 53 ans, l'ablation d'un épithélioma lobulé du flanc gauche, qui avait atteint le volume d'une mandarine et s'était ulcéré depuis quelque temps. Les ganglions correspondants n'étaient pas dégénérés. La nature de la maladie fut établie par des examens microscopiques de M. Reverdin et de M. Malassez. De nombreux globes épidermiques en caractérisaient suffisamment le tissu.

Ce qu'il y a d'intéressant à noter, c'est que le début de cette production morbide remontait à plus de 35 ans. Les caractères de la tumeur, lorsque le malade n'avait que 17 ans, sont ainsi rapportés par M. Reverdin. Elle était dans l'épaisseur de la peau, mobile, nullement douloureuse et de dimension d'un bouton d'habit. Elle resta stationnaire pendant 35 ans, et se mit à grossir et à s'ulcérer spontanément, sans qu'aucune cause manifeste soit venu imprimer à son développement une activité anormale.

Cette évolution lente inspire à M. Reverdin la pensée que la tumeur primitive n'était pas un épithélioma, et que c'est par suite d'une transformation réelle qu'elle a pris les caractères de cette sorte de néoplasme.

La seconde observation doit être portée à l'actif des greffes épidermiques. Une femme épileptique s'était fait de larges et profondes brûlures à la main, à l'avant-bras et au coude (faces antérieures, externes et internes). La rétraction cicatricielle commençait déjà à limiter l'extension de l'avant-bras sur le bras.

M. Reverdin plaça sur la plaie d'abord dix greffes épidermiques, prises sur lui-même, puis vingt autres prises sur la malade. Vingt-sept réussirent. Après cette première série, onze autres sont appliquées sur divers points.

L'accident avait eu lieu le 6 août 1875 ; le 13 octobre, la cicatrisation était complète et la rétractation avait entièrement disparu. Le 19 février 1876, le résultat était resté tout aussi beau.

M. Reverdin fait remarquer que ces greffes, aussi minces qu'il avait pu les faire, avaient suffi pour empêcher une cicatrisation vicieuse.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser des remerciements à M. Reverdin et de déposer ses observations aux archives.

Epithélioma lobulé de la région lombaire gauche à évolution très-lente (35 ans),

par M. Reverdin.

M. D..., 53 ans, horloger.

Ce malade porte à la région lombaire, à gauche, une tumeur de la peau du volume et de la forme d'une mandarine ; cette tumeur est ulcérée en plusieurs points.

Il raconte qu'à l'âge de 17 ans, à peu près, il s'aperçut qu'il avait à cette place une grosseur située dans la peau, mobile, nullement douloureuse, et qu'il compare, pour la forme et son volume, à un bouton d'habit. Cette tumeur est restée *absolument stationnaire* jusquà il y a un an maintenant, c'est-à-dire au printemps de 1874. L'augmentation de volume commença sans cause connue, et ne s'accompagnait d'aucune douleur ; il ne se serrait nullement la taille, étant sujet depuis l'âge de 20 ans à des attaques d'asthme, pour lesquelles il a usé de cigarettes, de datura, etc., sans beaucoup de résultat du reste (asthme essentiel). Il portait des bretelles, mais il ne s'est pas aperçu qu'elles frottassent sur la tumeur ; enfin, il ne se souvient pas d'avoir reçu de coups dans cette région.

Il y a quelques mois, inquiet de cet accroissement, il consulta le Dr Olivet (la tumeur n'était pas ulcérée), celui-ci lui conseilla de voir un chirurgien.

Il n'y avait alors, pas plus que maintenant, ni altération de la santé, ni amaigrissement (le malade a toujours été fort maigre, mais musclé), ni perte de l'appétit ou des forces. Ces derniers temps la tumeur s'est ulcérée, sans occasionner d'autres douleurs que quelques élancements que le malade ressent de temps en temps dans le voisinage de la tumeur.

Je vois le malade, pour la première fois, le 2 mars 1875.

État général décrit plus haut; dans le flanc gauche, en arrière immédiatement au-dessus des fausses côtes, se trouve la tumeur, qui paraît faire corps avec la peau. Elle a la forme et le volume d'une grosse mandarine ; la peau a l'aspect de peau d'orange ; elle ne glisse pas sur la tumeur, celle-ci est un peu mobile sur les parties profondes ; la peau de la tumeur est un peu rouge et enflammée; elle est perforée comme à l'emporte-pièce en deux points ; et l'on voit au fond de la perforation une nuance jaune rappelant le bourbillon d'un anthrax. Pas d'engorgement des ganglions inguinaux.

Les jours suivants, la tumeur (pansée avec une solution phéniquée) s'ulcère dans plusieurs autres points ; je vois le malade le 4, le 6, le 8; à ce moment, plusieurs des ulcérations se sont réunies, de gros bour-

billons jaunes se sont éliminés, mais le 8, on voit déjà que les tissus sous-jacents bourgeonnent et ont comblé les vides faits par l'élimination.

Le 10, consultation avec le Dr Mayor; l'ablation de la tumeur est décidée.

Opération le 12 mars.—Ablation de la tumeur et d'une assez grande étendue de peau; la tumeur fait, en effet, corps avec la peau; elle est lobulée dans la partie profonde, et s'est creusée comme une niche entre le bord de la masse sacro-lombaire et le carré lombaire qui sont mis à nu dans une certaine étendue; la tumeur entourée de tissu cellulaire s'énuclait assez facilement; au niveau de la niche dont il a été question, elle présentait un kyste à liquide séro-sanguinolent qui a été ouvert; cependant tout paraît bien enlevé. Une ligature d'artère.

Impossible de rapprocher les bords de la plaie, pansements phéniqués. Suites de l'opération bonnes: la plaie bourgeonne rapidement, et le 24 et le 25 je pratique 2, puis 6 greffes; elles ne prennent pas; le 22 avril j'en pratique de nouvelles, 3 ont pris, j'en fais encore de nouvelles.

29 avril.— Depuis quelque temps a apparu, au milieu des bourgeons charnus, un bourgeon plus volumineux, plus dur, d'une coloration différente, il a fait des progrès notables et il s'agit évidemment d'une repullulation. Je le recouvre d'une rondelle de pâte de Canquoin.

Tout va bien d'abord, mais je suis obligé de revenir à la cautérisation, au moyen de canquoin, le 11 et le 14 juin.

Enfin, le 23 juillet, la cicatrisation, qui a été fort longue (les greffes se sont peu et mal développées), est complète.

Le 10 janvier 1876, le malade vient me revoir; aucune récidive, cicatrice un peu variqueuse, assez mince au centre; elle ne gêne nullement le malade; santé générale bonne.

L'examen de la pièce fait immédiatement après l'opération par moi-même et l'examen de la pièce durcie fait par M. le Dr Malassez, en février 1876, ont montré que la tumeur est un épithélioma lobulé renfermant en grande abondance de beaux globes épidermiques.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est le long temps écoulé depuis l'apparition de la tumeur à l'âge de 17 ans, jusqu'au moment où, 35 ans après, elle se met à se développer, puis à s'ulcérer. Y a-t-il eu, dans ce cas, transformation d'une tumeur bénigne en tumeur maligne? C'est une question qu'il est au moins permis de poser.

Rapport sur un travail de M. Philippe, intitulé: Trois observations de hernies inguinales irréductibles réduites facilement par l'usage des injections sous-cutanées de chlohydrate de morphine, communiqué à la Société,

par M. Ledentu.

Messieurs,

Dans la séance du 14 février 1877, M. le Dr Philippe, de Saint-Mandé, recommandait à votre attention trois observations de

hernies inguinales, dont la réduction avait été facilitée par des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine ; voici en quelques mots un résumé de ces faits :

Obs. I. — Enfant de 15 ans, atteint depuis un an de hernie inguinale gauche. Le 11 juillet 1876, sous l'influence d'efforts répétés, la hernie sort, et le sujet, en proie à de vives douleurs, tombe et ne peut se relever. Une heure après, le Dr Philippe lui donnait des soins. Il pratique d'abord le taxis pendant vingt minutes sur la tumeur alors grosse comme une pomme, douloureuse, rouge, tendre. Puis, n'ayant pas réussi à réduire, il injecte en deux fois, à quelques minutes d'intervalle, 20 gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine au 1/50. Alors de nouvelles tentatives de taxis sont suivies d'un plein succès.

Obs. II. — Hernie inguinale droite chez un jeune homme de 19 ans, datant de sept ans. Le 30 août 1876, la hernie sort sous l'influence d'un effort. Une heure après, M. Philippe est appelé, vingt minutes de taxis sans succès. Injection de 8 gouttes de la solution de chlorhydrate de morphine au 1/50, à deux reprises, puis de 6 gouttes également à deux reprises, en tout 28 gouttes. Le tout (injections et taxis) a duré une heure et quart, et le résultat a été complet.

Le lendemain, la hernie sort de nouveau ; il ne faut pas moins de trois injections de 8 gouttes et deux de 6 gouttes pour obtenir une réduction incomplète. Dans la journée, deux autres injections de dix gouttes amènent la réduction après de nouvelles tentatives de taxis.

Obs. III. — Vieillard de 90 ans, atteint de hernie inguinale droite, très-volumineuse, irréductible. Sous l'influence de quintes de toux, une nouvelle anse intestinale s'ajoute à la hernie ancienne. M. Philippe, appelé de suite, essaye en vain le taxis et pratique trois injections de morphine, deux de 10 gouttes, une de 8 gouttes, et la réduction *se fait d'elle-même*.

Vous pouvez, Messieurs, prendre connaissance de ces faits dans leurs détails ; mais, permettez-moi de mettre en relief les points qui me paraissent avoir une importance particulière.

Vous remarquerez que les trois hernies devenues irréductibles étaient des hernies inguinales, l'une d'elles, développée, chez un vieillard de 90 ans, était très-volumineuse et par là même moins apte à être le siége d'un étranglement véritable, que M. le Dr Philippe a pu combattre les accidents dès leur début, et que, sauf dans le deuxième fait où la hernie s'est reproduite le lendemain de la réduction, le mal avait parcouru toutes ses phases, guérison comprise, en quelques heures.

Il me paraît impossible de ne pas reconnaître, avec M. Philippe, l'efficacité des injections sous-cutanées, dans les cas qu'il nous a rapportés ; car le taxis simple avait échoué avant la pénétration

dans le sang de la substance médicamenteuse. Mais on peut douter que cette méthode réussisse dans les cas où l'étranglement serait encore mieux caractérisé et surtout plus ancien.

Il ne faut jamais perdre de vue, lorsqu'il s'agit de hernies étranglées, la nécessité d'une intervention opératoire très-hâtive ; la conséquence naturelle de cette règle thérapeutique est qu'il faut se méfier de toute méthode capable de faire perdre du temps. Les injections de morphine agissent sans doute assez rapidement ; mais l'avantage réel qu'offre sur elles l'anesthésie chloroformique est d'établir sans retard la possibilité ou l'impossibilité de la réduction, et, dans ce dernier cas, de rendre immédiatement évidente la nécessité de l'opération.

Néanmoins, je crois qu'il serait bon, si l'on était appelé auprès des malades presque immédiatement après le début des accidents, d'essayer des injections sous-cutanées aux doses indiquées par M. le Dr Philippe. Ce moyen a agi sous mes yeux, d'une façon remarquable, chez un jeune homme que j'observai à l'Hôtel-Dieu l'été dernier.

Pendant le mois de septembre 1876, il avait été en proie, durant deux ou trois semaines, aux accidents caractéristiques d'une occlusion intestinale (vomissements fécaloïdes compris). Deux ponctions respiratoires l'avaient tiré d'affaire en évacuant une grande quantité de matières intestinales accumulées au-dessus de l'obstacle.

Quinze jours après il m'était amené par le médecin qui lui avait donné des soins. Depuis le matin, il souffrait de douleurs abdominales atroces accompagnées d'une profonde angoisse. Je lui fis, séance tenante, une injection de 15 gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine au 1/50. Un quart d'heure après, les douleurs avaient cessé, et le lendemain le malade quittait l'hôpital.

Les injections morphinées trouvant une excellente application dans tous les cas où l'on soupçonne l'association de ces deux éléments morbides si souvent réunis, la douleur et le spasme, je crois qu'elles peuvent être très-utiles dans certains cas de hernies irréductibles ; mais ce sur quoi je tiens à insister, c'est qu'elles doivent être considérées comme un moyen de la première heure, et qu'elles ne peuvent en rien faire négliger l'application du principe sur lequel repose la vraie thérapeutique des hernies étranglées, celui de l'intervention hâtive.

Discussion.

M. Desprès. Je regrette de voir M. Ledentu donner à son rapport un développement hors de proportion avec l'importance du sujet : dans deux cas au moins, il n'y avait pas, selon moi, d'étranglement. En un mot, ma pensée est que la communication de M. Philippe méritait un peu plus d'oubli.

M. Ledentu. Je ne crois pas avoir donné trop d'importance au travail dont j'étais le rapporteur, soit par les dimensions de mon analyse, soit par les éloges que j'ai faits du moyen proposé. M. Ph - lippe n'a pas dit que les hernies fussent étranglées; il les a dites irréductibles, et pense que l'injection narcotique à favorisé leur réduction. Voici les faits :

« Le taxis est tenté sans succès, on pratique une injection et le « taxis devient efficace. »

Que dire à cela et qu'y faire autre chose que les réserves que j'ai faites, en énonçant d'une manière formelle que c'est un moyen de la première heure, qui ne doit nullement apporter de retard à l'opération. Je crois qu'il vaut mieux n'insister ni de part ni d'autre sur ce sujet.

Communications.

Du drainage dans les plaies d'amputation,

par M. Piachaud (de Genève).

Je n'avais nullement l'intention de faire une communication à la Société de chirurgie, mais pour répondre à votre bon accueil, je viens vous communiquer quelques réflexions qui m'ont été suggérées par une observation publiée dans les *Bulletins*, par M. Pozzi. Ce jeune chirurgien paraît, en effet, attribuer l'emploi du drainage dans les plaies, à Lister et à Azam, de Bordeaux, qui l'auraient employé vers 1870.

Ma surprise a été grande parce que cette pratique m'est familière depuis plus de dix ans : je ne veux nullement revendiquer la priorité, car pour moi elle appartient à Chassaignac.

J'aime mieux vous dire ce que je pense de l'utilité du drain ; je crois cet emploi excellent si l'on cherche la réunion par première intention. Ce qui s'oppose en effet à la réunion, c'est la suffusion séro-sanguine qui soulève les lambeaux avec plus d'abondance encore depuis qu'on se sert de la bande d'Esmarek. Le drain est encore utile dans le cas où la suppuration se produit, il permet de

faire pénétrer un liquide antiseptique dans le foyer suppuratif. J'ajouterai que je combine quelquefois le pansement ouaté avec l'emploi du drain.

Discussion.

M. Rochard. Je tiens à rappeler que le drainage des plaies et particulièrement des plaies d'amputation a été employé non par Chassaignac, mais à la suite de la guerre d'Italie, par MM. Jules Roux et Arlaud, sur les blessés si nombreux qu'ils ont eu à soigner à l'hôpital Saint-Mandrier, de Toulon.

En 1859 et 1860, les résultats furent excellents et reçurent pour ainsi dire une constatation officielle par le dépôt que M. Jules Roux fit, sur la tribune de l'Académie, de trois cols de fémur provenant de trois malades guéris après avoir subi la désarticulation de la cuisse.

J'ai moi-même, depuis, employé les drains placés en croix ou linéairement, dans les ablations des tumeurs, et j'ai pu ainsi obtenir des réunions par première intention à la suite de l'ablation de tumeurs volumineuses. — Je signalerai mon mode de suture enchevillée où je substitue le fil d'argent au fil ordinaire. Je crois en résumé que c'est aux chirurgiens de la marine que j'ai cités qu'il faut attribuer l'usage du drain dans les amputations.

M. Lucas-Championnière. Puisque la question de priorité est traitée de nouveau, je rappellerai que j'ai été pris à parti par MM. Gosselin et Azam, pour avoir dit que depuis nombre d'années l'usage du drain est banal en chirurgie. J'ai vu, en 1866 et 1868, M. Broca l'employer; au congrès de Lyon, M. Ollier refusa d'admettre la priorité de M. Azam. Quant à Lister, il emploie le drainage, mais ce n'est qu'un petit procédé de sa méthode, et lui-même ne prétend à aucune priorité sur ce point.

M. Desormeaux. Je ne veux nullement faire une réclamation de priorité. Je tiens seulement à dire que depuis mon entrée dans les hôpitaux, j'emploie les méthodes à lambeaux, et que la seule modification que j'ai apportée, c'est la substitution du drain au séton auquel j'avais toujours eu recours.

M. Le Fort. Ce que vient de dire M. Desormeaux explique pourquoi il est très-difficile d'attribuer à quelqu'un la priorité du drainage, car le séton, qui a les mêmes avantages, est usité de toute antiquité. J'ai dit à M. Azam qu'il n'avait rien à réclamer; quant à Lister, son pansement comprend autre chose que le drai-

nage. Pour moi, je ne suis pas partisan absolu du drain, parce que ce que je cherche avant tout, c'est la réunion profonde, et comme une plaie d'amputation ne peut se réunir dans toute sa surface, je préfère que les parties superficielles suppurent et que l'os soit mis à l'abri. Aussi, ne suis-je pas partisan du drain que l'on met en contact avec le tissu osseux, ce qui laisse la porte ouverte à l'infection purulente.

M. Larrey. Il y a quelques années, on a déjà discuté au sujet du drainage. Je tiens à rappeler que depuis longtemps les chirurgiens et, en particulier, mon père, introduisaient dans les plaies de longues mèches de charpie enduites d'onguent styrax.

On comptait peu à cette époque sur la réunion par première intention, mais l'apparition du drain a peu modifié la pratique, il n'a été qu'un perfectionnement.

Je me fais un devoir d'ajouter, surtout parlant à la Société de chirurgie, que s'il est difficile de désigner le chirurgien qui, le premier, a employé le drainage, on ne peut contester à Chassaignac d'avoir au moins généralisé cette pratique.

M. Trélat. Je crois que nous arriverons à juger définitivement la question, et que surtout il faudra cesser d'attribuer à M. Azam la priorité du drainage dans les plaies. Le procédé exposé par M. Azam au congrès de Lyon n'était pas du tout celui qu'on lui attribue maintenant. « Mon procédé, disait-il, est celui des médecins bordelais et se compose de trois parties. » Le drainage en était une.

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'aujourd'hui l'opinion générale tend à accepter un mode de pansement que l'on peut définir ainsi : réunion primitive avec tube à drainage ou corps perméable placé dans le sinus de fermeture de la plaie avec réunion très-exacte. Un point secondaire est celui qu'a soulevé M. Le Fort, à savoir s'il faut sacrifier la réunion superficielle ou la profonde. Je recherche la réunion profonde plus particulièrement, mais on peut se donner le luxe de la superficielle. Quant à l'argument invoqué par M. Le Fort pour supprimer le tube à drainage, qu'on met ainsi l'os à découvert, je ne l'accepte pas.

Il faut constituer, en effet, une gaîne périostique qui isole le bout osseux sectionné et, de plus, le drain doit être placé au-dessous ou à côté de l'os, c'est-à-dire, comme je l'ai dit, au sinus de réunion des lambeaux.

Je termine en disant quelques mots de la suture profonde qui, pour moi, est une mauvaise méthode dans certains cas, lorsque, par exemple, les deux lambeaux ne sont pas semblables ; il peut y avoir ainsi gangrène du petit lambeau s'il est opposé à un lambeau

épais et fourni. Cet inconvénient existe dans l'amputation de la jambe par la méthode Sédillot, dans l'amputation sus-malléolaire, etc.

Je remplace, dans ces cas, la suture profonde par des moyens de juxtaposition des lambeaux ; attelles en cuir, liége, carton mouillé. Je reviens à la suture toutes les fois que les lambeaux ont à peu près une égale résistance.

M. Guyon. Je crois, comme M. Trélat, qu'on peut obtenir la réunion profonde et superficielle : pour ne citer que les amputations sus-malléolaires, je viens d'obtenir deux réunions primitives en plaçant un drain au point de réflexion des lambeaux et en remplaçant la suture profonde par une compression, comme l'a fait M. Trélat. Lister ne fait pas traverser son drain de part en part, bien que j'aie eu à me louer du procédé employé par le chirurgien anglais, je préfère faire ressortir le tube au niveau de ce que j'appelle les deux oreilles du lambeau.

Quant à la gangrène, elle est possible si les lambeaux sont d'inégale force ; aussi ai-je supprimé tout lambeau antérieur dans l'amputation au-dessus des malléoles.

Des deux éléments principaux de la méthode nouvelle : l'expulsion des liquides, la réunion exacte, le premier était bien anciennement connu, puisque nous trouvons dans l'arsenal de Guy de Chauliac un tube pertuisé.

Anévrysme de l'humérale. — Ligature de la sous-clavière,
par M. Aubrée (de Rennes).

J'ai observé, il y a quelques mois, un malade dont l'histoire m'a paru digne de vous être présentée. Je vis, en décembre, un arquebusier qui, six mois avant son entrée à mon service, avait été atteint d'une fracture oblique de l'humérus : lorsqu'on enleva le bandage, au bout de 40 jours, on constata la présence d'une petite tumeur qui grossit peu à peu et avait acquis le volume du poing lorsque le malade me fut amené. Cette tumeur était pulsatile, se réduisait un peu par la compression ; la consistance était molle au centre et dure sur les parties latérales. Je posai le diagnostic d'anévrysme de l'humérale à sa partie supérieure. J'observai que la compression de l'axillaire était douloureuse et ne faisait pas disparaître les battements ; je fis cependant la ligature de l'axillaire. Tout marcha bien quelque temps, mais au 8e jour il y eut une hémorrhagie abondante ; la ligature était déjà tombée et une seconde hémorrhagie se produisit bientôt. Je fis alors la ligature de la sous-clavière. Les conséquences furent

des plus favorables : la tumeur diminua, les battements disparurent et la ligature tomba au 13e jour.

Je me suis demandé depuis s'il ne serait pas préférable de lier d'emblée la sous-clavière, suivant du reste le précepte de Bérard, qui liait la sous-clavière en dehors des scalènes, de préférence à l'axillaire.

L'axillaire a de nombreuses collatérales, de plus, tous les mouvements de l'épaule la soumettent à une élongation ; rien n'est plus facile, au contraire, que d'immobiliser la région sus-claviculaire, et j'ai souvent constaté que par une immobilisation bien faite on pouvait prévenir certaines hémorrhagies. J'en ai eu dernièrement la preuve chez un malade atteint de plaie de la radiale et chez lequel le bandage ouaté suffit à arrêter une hémorrhagie qui s'était plusieurs fois reproduite.

Discussion.

M. Ledentu. — Je me rallierais assez volontiers aux idées de M. Aubrée sur la préférence à donner à la ligature de la sous-clavière sur l'axillaire, surtout quand le creux de l'aisselle est le siége d'un œdème inflammatoire.

Je poserai une autre question : actuellement ou par la bande d'Esmark on peut arrêter tout écoulement de sang ; ne vaudrait-il pas mieux recourir à la méthode ancienne dans le cas d'anévrysme ? le malade courrait ainsi moins de risques.

M. Aubrée. Dans le fait que je viens d'exposer, la poche avait une tendance inflammatoire très-accentuée ; on avait de plus de la peine à arrêter les battements. C'est pour cela que je n'employai pas la méthode que j'accepte d'ailleurs très-bien en principe, lorsqu'il n'y a pas de difficultés spéciales et qu'on peut arrêter les battements artériels par la compression.

Congrès médical international.

M. Piachaud, *président de la Société médicale de Genève, est venu à Paris pour inviter les médecins français à se rendre à Genève au mois de septembre, à l'effet d'assister aux séances du congrès médical.*

Comme membre de la Société de chirurgie, notre collègue tient à la présence du plus grand nombre possible des membres de la Société. La réception sera cordiale pour tout le monde, mais, en particulier, pour les Français, qui trouveront en Suisse un grand nombre d'anciens internes de Paris.

Rapports.

Rapport verbal sur une observation de lymphadénome malin adressée par M. Dubuc,

par M. Trélat.

Il s'agit d'un malade qui m'avait été soumis et chez lequel j'avais admis, en 1873, une production lymphadémique dans les conditions suivantes : Syphilis en 1867 ; sur le côté gauche du cou on vit paraître, en 1871, un ganglion de la grosseur d'un œuf de poule ; on sentit en même temps un gonflement dur de la moitié gauche du voile du palais et de l'amygdale. Deux groupes de tumeurs thoraciques se montrèrent en même temps : trois vers le bord supérieur du grand pectoral à gauche, une à l'hypocondre gauche.

L'état général est du reste assez bon ; je fais abandonner le traitement spécifique qui n'a produit aucun effet.

En décembre, survient un gonflement du radius gauche et une nouvelle tumeur à l'hypocondre droit. Au mois de janvier 1874, on voit apparaître un gonflement des ganglions cervicaux droits et de nouvelles tumeurs sous-cutanées iliaques.

C'est à ce moment, vers le mois de mars 1874, que je vis le malade et que je diagnostiguai un lymphadénome malin sans leucocythémie. Au mois d'avril, surviennent des névralgies ; on observe un développement du foie.

Revu au mois de juin, le malade offre une augmentation de volume de ses tumeurs sous-cutanées et osseuses.

Au mois de septembre, aggravation générale : ulcération du voile du palais ; l'humérus gauche, l'apophyse coracoïde, le radius sont volumineux, il y a de nombreuses tumeurs cutanées et sous-cutanées. L'amaigrissement est extrême, et la mort survient le 22 septembre 1874.

Bien que l'autopsie n'ait pu être faite, je crois qu'on est en droit d'admettre dans ce cas un lymphadénome malin.

Je rapprocherai de ce fait un malade de 40 ans à peu près, qui m'a été amené par M. le Dr Chaland, ancien interne des hôpitaux de Paris et médecin à Lausanne.

Ce malade offrait un double gonflement ganglionnaire du cou ; il n'y avait aucune tumeur des amygdales ni du voile du palais. J'introduisis profondément le doigt dans la gorge, et je sentis au-dessous de l'amygdale gauche une surface rugueuse qui paraissait ulcérée. La pharyncoscopie permit de reconnaître une anfractuosité à ce niveau ; je pensai et je posai même comme diagnostic : sarcome de la paroi droite du pharynx. Je n'étais pas tout à fait

satisfait, et je me demandai pourquoi les ganglions étaient pris des deux côtés; je m'en tirai en disant : sarcome anormal.

Je portai un pronostic grave, mortel dans un temps rapproché. L'observation de M. Dubuc m'a rappelé ce malade, et je crois que j'avais affaire à un lymphadénome malin et qu'il faut ajouter ce fait au passif des erreurs de diagnostic, auxquelles donnent lieu ces tumeurs, encore si mal connues. J'ajouterai que je crois que nous ne sommes pas au bout de nos erreurs sur ce sujet.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire,
CRUVEILHER.

Séance du 4 avril 1877.

Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger;

2° Deux volumes de *Statistique médicale et anthropologique* offerts par le bureau de la statistique médicale du ministère de la guerre de Washington;

3° Le deuxième volume de l'*Histoire médicale et chirurgicale de la guerre de la sécession ;*

4° Plusieurs brochures de chirurgie offertes par M. Albert, de Vienne, membre correspondant étranger.

5° M. Ledentu offre, de la part de M. le Dr Paquet, plusieurs brochures de chirurgie et un travail intitulé : *Observations diverses* (commissaires : MM. Delens, Polaillon, Ledentu).

6° M. Lefort présente la seconde partie du *Manuel de médecine opératoire* de Malgaigne.

7° M. Panas offre, de la part de M. le Dr Bax, de Corbie, une observation de lithotritie chez la femme (commissaire : M. Paulet).

8° M. Paulet présente, de la part de M. Daniel Mollière, un travail intitulé : *Note sur un cas de hernie ventrale.*

Communications.

Kyste multiloculaire du ligament large droit. — Gastrotomie. — Mort.

Par M. Gillette.

Les deux ovariotomies que j'ai pratiquées à la fin de l'année dernière, et qui ont été suivies de guérison, n'ont présenté aucune particularité digne de vous être signalée : c'est la seule raison pour laquelle je ne suis pas venu lire ces deux observations devant la Société. Il n'en est pas de même d'une troisième opération de ce genre que je viens de faire au mois de janvier dernier, et qui s'est terminée par la mort : elle m'a paru offrir, surtout eu égard à la variété de kyste à laquelle j'ai eu affaire, et aussi aux difficultés du diagnostic, quelques points intéressants qui méritent d'attirer votre attention. C'est cette observation que je vous demande la permission de vous exposer aujourd'hui.

Delorme (Madeleine), née à Blamont (Meurthe-et-Moselle), âgée de 49 ans, domestique, entre à l'hôpital temporaire le 29 novembre 1876 dans le service de M. Damaschino. Ses antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier à noter, ses parents sont morts à un âge très-avancé.

Formée à 12 ans, elle a toujours eu des menstrues régulières mais peu abondantes, qui ont définitivement cessé au mois d'août 1876; mariée, elle n'a jamais eu ni fausse couche, ni enfant, absolument rien comme manifestation diathésique. En 1849, elle fut atteinte du choléra. Elle a toujours mené une existence assez nomade, a séjourné plusieurs années à Paris, à Lyon, puis à Marseille; enfin elle revint il y a 18 mois dans notre capitale où nous la voyons, traînant d'hôpital en hôpital, entrer successivement à Lariboisière, à Saint-Louis, au Temporaire.

C'est à une époque antérieure à la dernière guerre qu'elle fait remonter le développement anormal de son ventre sans qu'elle ressentît d'autres troubles, d'ailleurs, qu'une certaine fatigue lorsqu'elle portait des paquets un peu lourds. Jusqu'au mois d'avril 1876 l'état général était resté cependant assez bon, et cette femme n'avait interrompu son travail qu'à de rares intervalles ; toutefois elle avait senti sa tumeur, d'abord peu volumineuse et siégeant manifestement à droite, s'étendre progressivement en haut et du côté de la ligne médiane.

A cette époque elle entre à Saint-Louis, dans le service de M. Péan suppléé par M. Nicaise, où elle est prise de phlébite du membre abdominal gauche tout entier, caractérisée par des douleurs vives et surtout par un œdème qui part du pied et remonte jusqu'à l'aine du même côté. Ces accidents la forcèrent de garder le lit pendant six semaines, pendant lesquels elle présenta, dit-elle, également un léger œdème de la face qui s'accentuait surtout la nuit pour disparaître le matin; elle se rappelle aussi, à ce moment, avoir éprouvé de violentes douleurs

lombaires, ses urines étaient très-foncées et rares : guérie de sa phlébite, elle fut envoyée, dans le courant de septembre de la même année, au Vésinet où elle fut prise de nouveau de douleurs abdominales assez vives, qui l'obligèrent à rentrer à Saint-Louis en octobre, cette fois dans le service de M. Duplay; au bout d'un mois, nouveau séjour au Vésinet où elle ne demeure que quelques jours pour être dirigée sur l'hôpital temporaire, parce qu'il lui restait encore un peu d'œdème de la jambe gauche. L'appétit était cependant bon, l'état général plus satisfaisant, bien que la face fût bien pâle et un peu bouffie, mais la marche surtout était rendue plus pénible par le développement considérable du ventre; il n'y avait pas de vomissements, les selles étaient régulières, les mictions fréquentes et peu abondantes.

Sur la prière de M. Damaschino, j'examinai cette femme et je constatai que l'abdomen, peu uniforme, asymétrique, était au moins aussi proéminent de chaque côté qu'en avant : on arrivait par le palper sur une masse irrégulière, peu mobile, très-fluctuante en certains points, à droite, en avant et en bas principalement, et présentant dans d'autres endroits des bosselures arrondis ou sous forme de plaques très-dures en haut et à gauche, à droite de la ligne médiane et dans l'hypochondre droit. Il ne me parut pas y avoir de liquide ascétique.

Dans l'hypochondre gauche, dans les flancs, surtout celui du côté gauche et à l'épigastre, il existait de la sonorité : les veines abdominales étaient assez dilatées, principalement à droite.

Le toucher vaginal nous apprit que l'utérus peu mobile était fortement porté en avant contre la symphyse pubienne, le col rejeté à droite. Le cul-de-sac antérieur subsistait encore, le cul-de-sac postérieur était en grande partie effacé par la présence d'une masse bosselée, rémitante, se prolongeant surtout à gauche et dont on pouvait se rendre un compte plus exact par le toucher anal, il n'y avait pas toutefois de transmission bien nette entre cette tumeur et la main appliquée et pressant sur l'abdomen.

Au niveau d'une circonférence passant au-dessus de la base du sacrum et par l'ombilic, le ventre mesurait 113 centimètres, de temps à autre la malade éprouvait des coliques et se plaignait surtout de douleurs lombaires vives.

Mon diagnostic fut : kyste multiloculaire de l'ovaire droit avec poche plus volumineuse située à droite et des masses demi-solides, dures, probablement constituées par l'accumulation d'une foule de petits kystes à contenu gélatineux, et avec prolongement certain dans le petit bassin ; la question d'adhérence restait indécise, mais j'étais plutôt disposé à en accepter l'existence tout au moins au niveau des parois abdominales, les intestins me paraissant libres.

En raison de cet état local peu encourageant et surtout d'un état général que la malade, réclamant l'opération de toutes ses forces, cherchait à nous représenter comme excellent, mais qui ne me laissait pas non plus, je l'avoue, très-bonne impression, je résolus, de concert avec mes collègues MM. Polaillon et Nicaise, qui avaient bien voulu examiner avec soin la malade, de différer toute intervention.

Sur ces entrefaites, l'idée d'une opération fut définitivement écartée par la survenance d'accidents sérieux que la malade présenta du côté de la poitrine et que M. Damaschino caractésisa d'œdème des deux poumons. Au bout de trois semaines tout rentra dans l'ordre, et la malade se trouvant mieux réclamait l'opération : après un nouvel examen minutieux, je me décidai à ne rien faire, j'alléguai qu'elle était encore trop faible; je quittai l'hôpital temporaire, dont M. Nicaise venait de prendre le service, enchanté de ne pas avoir souscrit au désir de cette malade.

Le 20 décembre, le développement plus considérable de la masse kystique, qui commençait à gêner la respiration, nécessita une ponction à droite ; M. Nicaise retira dix litres de liquide verdâtre et filant. Un grand soulagement suivit cette ponction : cette femme put dormir dans le décubitus latéral ou dorsal, ce qui lui était impossible auparavant, elle reprit de l'appétit et ses forces revinrent. Elle m'écrivit alors deux lettres extrêmement pressantes, me suppliant de l'opérer, menaçant même de se suicider si je ne voulais pas la satisfaire. J'eus la faiblesse de retourner la voir : je lui représentai, sous toutes formes, le peu de chance qu'elle avait d'en réchapper; j'exagérai même beaucoup et à dessein : elle persista et ce fut sur ses sollicitations réitérées que je pratiquai *l'ovariotomie* le 24 janvier 1877, en présence et avec l'aide de MM. Sée, Polaillon, Nicaise et Leblond, qui avaient bien voulu se charger du chloroforme, et de MM. les internes Bazy, Leroux et Walsdorff.

Incision de la paroi abdominale depuis l'ombilic jusqu'au pubis, assez grande vascularisation de cette paroi. Incision du péritoine sur la sonde cannelée. On aperçut alors la paroi du kyste recouverte d'une lame séreuse, masquant une grande quantité de grosses veines rampant à la surface de la poche; après avoir incisé cette lame, je ponctionnai avec le gros trocart annexé à l'appareil Potain (grand modèle) et retirai 5 litres de liquide visqueux, mélangé à la fin à une bouillie légèrement grumeleuse semblable à une émulsion. J'attirai déjà un peu la masse à l'aide des pinces dentées à traction et je la sentis s'ébranler; une 2e, puis une 3e ponction ne fournirent que peu de liquide, mais je pus dégager encore plusieurs bosselures vers la partie supérieure : au moment où j'exerçais des tractions avec les pinces, une poche assez volumineuse se creva en bas spontanément, je laissai le liquide s'écouler à l'extérieur et pas une goutte ne tomba dans la cavité pelvienne. Nous nous aperçûmes alors que la masse tout entière était bien moins maintenue par les adhérences que par l'enveloppe péritonéale vasculaire, que j'avais incisée au commencement de l'opération; j'achevai de couper avec des ciseaux cette lame séreuse dans toute sa circonférence supérieure interne et externe, en appliquant des pinces en T sur sa surface de section, et je pus alors *énucléer* et faire basculer toute la tumeur qui s'échappe à l'extérieur sans être retenue par aucun pédicule. J'avais eu affaire à un kyste multiloculaire du ligament large droit, peut être développé aux dépens du corps de Rosanmuller, et qui en se développant avait en quelque sorte dédoublé les deux lames séreuses qui constituent ce ligament.

Une seule adhérence séreuse existait au niveau de la surface externe du fond de l'utérus : elle fut sectionnée circulairement, fixée dans l'angle inférieur de la plaie avec l'ovaire correspondant et touché ultérieurement avec le perchlorure de fer, tous les bords cruentés de la membrane qui formait l'enveloppe du kyste furent réunis, solidement liés en plusieurs faisceaux par des fils de chanvre, et fixés à l'extérieur entre les lèvres de la plaie. Je procédai à la toilette du péritoine, et fis la suture avec soin et très-rapidement à l'aide de fils métalliques et de 6 épingles à tête de verre, en comprenant le péritoine pariétal dans toute la longueur de ma suture, sur laquelle j'appliquai un *pansement ouaté collodionné;* pour cela, je glissai sous les extrémités des épingles deux bandes de linge, et j'étendis sur tous les points de réunion une couche de collodion mêlé à des nuages de ouate : une fois le tout desséché j'appliquai sur le ventre une couche épaisse d'ouate et un bandage de corps de flanelle modéré serré. L'opération avait duré à peu près 1 heure 1/2.

La tumeur était constituée par des kystes multiples, dont deux très-volumineux, contenant les uns un liquide visqueux, louche ou verdâtre, d'autres une sorte de gelée rougeâtre, d'autres enfin une bouillie mélicérique ; l'épaisseur de leurs parois était variable : les uns présentaient une paroi fibreuse, mais un grand nombre avaient des coques minces à travers lesquelles on pouvait facilement distinguer le contenu.

Le 24, 2 heures. — Le pouls est à 110, la température 37, la malade eut quelques nausées et quelques soubresauts des membres inférieurs, cathétérisme. Glace, opium, potion de Tood.

Le soir le pouls à 120, la température 37, vomissements de quelques gorgées de liquide un peu verdâtre. La malade éprouva des douleurs très-vives du côté des reins, soif ardente, eau glacée, potion codéine.

Le 25. — Insomnie à cause des douleurs lombaires, ventre souple et à peine sensible, urine légèrement colorée, peau moite, encore quelques vomissements ou plutôt regurgitations, langue pâteuse, pouls, 120. T. 38.

Le 26, 8 heures. — La malade a un peu reposé la nuit, toujours des regurgitations, pas de vomissement porracé, le ventre légèrement ballonné à l'épigastre mais peu douloureux, 140 P., 38, T., elle urine seule. Vésicatoire sur le ventre

11 heures. — Affaiblissement très-grand, traits tirés, voix cassée, filiforme, frisson suivi de sueurs abondantes, symptômes d'algidité, quintes de hoquet très-pénibles.

5 heures. — 36,7 T. P. 150, le ballonnement à l'épigastre a augmenté, tympanite aux flancs, pas de douleur à la pression du ventre. Elle supporte un peu de bière très-froide.

11 heures du soir. — Nouveau frisson suivi de sueur.

Le 27, 3 heures du matin. — La malade meurt sans agonie, ayant toute sa connaissance et parlant jusqu'au dernier moment. Elle avait été opérée le 24.

Autopsie, 30 heures après la mort :

Ballonnement du ventre. La suture semble intacte. J'enlève la paroi abdominale de façon à examiner facilement la postérieure. Les anses intestinales et l'estomac sont fortement distendus par des gaz et médiocrement injectés, pas d'adhérences, pas de fausses membranes, les deux lèvres de l'incision opératoire sont complétement réunies par première intention, mais plusieurs des fils qui étreignaient la bordure du ligament large incisé et qui avaient été placés entre les lèvres de l'incision, *sont rentrés dans la cavité abdominale* dans l'étendue de 2 centimètres environ. Tout d'abord on ne voit pas de trace de péritonite, mais quand on a écarté le paquet intestinal, on constate que le petit bassin est rempli par un liquide purulent et un peu rougeâtre qui semble avoir remonté dans les régions lombaires : il y a déterminé une péritonite caractérisée par une injection vive, et la production de fausses membranes purulentes qui relient entre elles les masses intestinales avoisinant la région et par leur partie postérieure seulement. La péritonite n'est donc nette que dans les régions indiquées ci-dessus.

L'ovaire du côté gauche est converti en une tumeur globuleuse kystique du volume d'une mandarine complétement adhérente (et ici les adhérences sont manifestement anciennes) aux parois du petit bassin, ce kyste (évidemment dermoïde) est formé par de la matière mélicérique remplie de poils enchevêtrés les uns dans les autres et offrant la même coloration rousse que ceux de l'opérée. C'était cette masse que venait de repousser le cul-de-sac postérieur du vagin et que nous avions constatée par le touché.

Du côté de la phlébite qu'a présentée la malade, c'est-à-dire à gauche, les veines iliaques externe et primitive sont revenues sur elles-mêmes ; leurs parois sont épaissies, leur calibre notablement diminué, mais elles sont perméables dans toute leur étendue. Rien du côté des veines iliaques droites.

Le foie est un peu roux, son volume est à peu de chose près normal, mais à la coupe, il offre une disposition grenue qui est *l'indice manifeste d'une cirrhose commençant :* sa consistance du reste est plus grande.

La rate est augmentée de volume et sclérosée.

Les reins ont leur volume normal, mais la substance corticale un peu pâle est notablement diminuée d'épaisseur; nous trouvons là, comme pour le foie, une sclérose caractérisée par cette atrophie de la substance corticale et par son adhérence à la capsule, qui en entraîne une partie quand on décortique le rein ; rien pour le cœur, quelques plaques athéromateuses sur l'aorte, les poumons sont assez fortement œdématiés.

Nous trouvons donc dans cette autopsie l'indice d'une déchéance déjà assez avancée d'un organisme épuisé par des maladies antérieures, et dès lors était bien moins apte à résister au traumatisme considérable nécessité par l'opération de l'ovariotomie.

Discussion.

M. Houel. M. Gillette m'a semblé admettre que la tumeur qu'il enlevée avait comme origine l'organe de Rosenmüller. J'ai fait un travail sur les kystes formés aux dépens de cet organe, j'en ai vu un certain nombre et quelques-uns sont conservés dans le musée Dupuytren ; mais jamais je n'ai vu ces kystes devenir volumineux. La raison anatomique en est que ces kystes soulèvent de suite le péritoine, s'allongent et sont bientôt appendus à l'extrémité du ligament large. Je serais très-heureux que M. Gillette nous prouvât que ce kyste appartenait à l'organe de Rosenmüller; on dit dans l'observation que l'ovaire du côté gauche était malade, mais on ne parle pas de l'ovaire du côté droit dont l'examen trancherait la question.

M. Terrier. Je partage l'opinion de M. Houel, et je trouve que M. Gillette nous a donné la description d'un kyste multiloculaire de l'ovaire. Peut-être aurait-on pu insister sur certains points. Avait-on bien affaire à une phlébite des membres inférieurs; je crois à une thrombose. Ainsi que je l'ai dit ici, ces faits ne sont pas rares : j'en ai observé au moins trois exemples et cette complication a pour cause la gêne de la circulation veineuse.

J'ai exprimé, devant la Société, ma pensée au sujet de deux complications assez fréquentes, la thrombose et l'ascite, en disant que la thrombose résultait du volume de la tumeur, et l'ascite de sa nature. On observe dans les kystes volumineux de l'œdème du poumon, j'ai observé un cas de pneumonie conjointement avec MM. Verneuil et Duplay, j'ai vu un fait de phlegmatia alba dolens des deux côtés ; l'ovariotomie fut cependant pratiquée avec succès à une époque ultérieure.

Je demanderai à M. Gillette quelques renseignements au sujet de la rétraction des fils qui s'est produite chez sa malade comme chez une des miennes.

Enfin je rappelle que ce phénomène presque ultime d'un abaissement de température coïncidant avec une accélération du pouls se remarque assez habituellement.

M. Polaillon. J'étais présent à l'opération, je puis donc donner quelques renseignements. Je dirai d'abord qu'une fois la paroi abdominale incisée on a trouvé une gaîne celluleuse qui enveloppait la tumeur ; à la partie inférieure se trouvait un corps charnu qui ressemblait à un pédicule et qu'un examen plus attentif, combiné au toucher vaginal, montra être l'utérus. La tumeur était donc adhérent au côté droit de l'utérus, mais l'ovaire du même côté en

était tout à fait distinct: il n'y avait pas de pédicule, le kyste était libre et, une fois l'énucléation faite, l'opération était terminée.

C'est cette indépendance de la tumeur qui nous a fait croire que nous avions affaire à un kyste du ligament large.

M. Th. Anger. Je rappelle que, il y a trois ans, j'ai présenté un fait analogue; il s'agissait d'un kyste du ligament large: on n'a pas enlevé une parcelle du péritoine et l'examen montra un kyste dermoïde.

M. Panas. Je reviens sur les réflexions faites par M. Houel, dont je partage l'avis, car je ne crois pas à un kyste du corps de Rosenmüller.

Voici en effet quelques-uns des caractères de ces kystes. Ils ne sont pas très-volumineux, car le plus gros, observé par M. Broca, avait le volume du poing. Ces kystes sont de plus uniloculaires. Enfin le liquide qu'ils contiennent est clair comme celui des kystes hydatiques, et comme eux ne renferme pas d'albumine. Enfin, ces kystes guérissent par la ponction et l'injection iodée; j'ai présenté une relation de quelques-uns de ces faits à l'Académie de médecine. C'est en me guidant sur l'anatomie pathalogique des kystes trouvés sur le cadavre que j'ai pu faire le diagnostic dans les cas que j'ai observés, et j'ai la conviction d'avoir eu affaire à des productions kystiques developpées aux dépens du corps de Rosenmüller.

Dans le fait de M. Gillette je crois à un kyste de l'ovaire; en admettant même qu'on ait retrouvé l'ovaire intact en apparence, je demanderai toujours si cet ovaire n'a pas subi une dégénérescence partielle.

Le cas cité par M. Anger de kyste dermoïde ne rentre pas dans la question; on trouve en effet de ces kystes dermoïdes un peu partout.

M. Gillette. Je ferai remarquer que je me suis contenté d'analyser succinctement mon observation et que je me suis abstenu de toute réflexion.

Je répondrai à M. Houel que je ne donnais pas comme certain que le corps de Rosenmüller fut l'origine du kyste.

Communications.

Du pansement à l'alcool,

par M. Delens.

M. Delens. On a parlé dans la dernière séance da la réunion primitive des plaies qui est le but auquel tendent les nouvelles mé-

thodes. Je viens vous entretenir du pansement à l'alcool, dont l'essence est de laisser les plaies largement ouvertes et dont l'effet est d'atténuer d'une manière singulière et même de supprimer la fièvre traûmatique.

Je pourrais vous apporter une statistique considérable ; je préfère me restreindre aux cas d'ablation de tumeurs du sein, dont je vous apporte ma statistique intégrale. Il y a eu dix opérations, j'ai employé l'alcool dans tous les cas, la cicatrisation a été régulière, sauf un cas d'erysipèle bénin.

Le fait dominant, c'est l'absence de réaction locale et le peu de réaction générale. On ne trouve en même temps presque aucune élévation de température ; elle ne dépassait pas 38°.2, chez mes deux dernières malades, et chez l'une d'elles, la tumeur avait le volume d'un petit melon.

Qu'est-ce maintenant que le pansement à l'alcool ? Faut-il employer l'alcool pur, et ensuite de l'alcool à quel degré ?

J'emploie l'alcool pur ou plutôt l'eau-de-vie camphrée des hôpitaux. Cette eau-de-vie ne marque pas toujours le même degré. En prenant l'aréomètre centésimal elle devrait marquer 60°, elle n'en marque que 40° ; mais c'est de l'alcool à 60° qu'il faut employer.

Examinons maintenant la plaie vers le 3e jour ; il n'y a ni tuméfaction des lèvres de la plaie, ni rougeur : il semble que le tissu graisseux sous-cutané soit momifié ; la plaie, et c'est en cela que réside l'avantage de ce pansement, est pour ainsi dire immobilisée ; la suppuration est sinon supprimée, au moins réduite à son minimum. Aussi la durée de la cicatrisation est-elle assez longue, et si on veut l'activer on modifie le mode de pansement.

Ce pansement est douloureux, a-t-on dit ; j'ai observé cependant que l'addition de l'eau augmentait la douleur.

En résumé, les trois conditions à remplir sont : 1° d'employer l'eau-de-vie du Codex à 60° ; 2° de ne pas ajouter d'eau ; 3° de ne pas mettre de taffetas gommé. Il faut que le pansement reste sec.

J'ai employé ce moyen dans les cas les plus compliqués et j'ai toujours observé, comme je l'ai dit en commençant, que le pansement dit de Nélaton met à l'abri des accidents des plaies et atténue la fièvre traumatique.

M. Desprès. Je suis du nombre de ceux qui modifient les méthodes de pansement suivant les indications. J'ai cependant depuis longtemps employé le pansement alcoolisé, en particulier dans les amputations du sein. Sur 91 de ces opérations, je n'ai pas perdu de malade et j'ai eu deux érysipèles. Je ne me sers d'alcool pur que le 1er jour pour cautériser les vaisseaux et empêcher l'ab-

sorption des petites veines. Je diffère donc de M. Delens sur ce point, et de plus en ce que je n'enlève pas le tampon de charpie, je le laisse détacher par la suppuration en l'arrosant chaque jour sur place : à partir de ce moment, c'est-à-dire vers le 9e jour, j'emploie le pansement simple des hôpitaux. Les deux cas d'érysipèle que j'ai observés ont pris naissance chez la même malade, que j'ai opérée deux fois à 18 mois d'intervalle; elle était prédisposée à cette complication.

Quant à la manière d'appliquer ce pansement, je dirai que Nélaton à la fin de sa carrière n'appliquait plus l'alcool pur et le mélangeait d'eau.

Les résultats de ma pratique à l'hôpital Cochin ont du reste été consignés dans une thèse d'un de mes élèves, M. Soulié.

M. Guyon. J'ai publié d'une manière assez étendue, en 1852, dans ma chirurgie clinique, les résultats que j'ai obtenus du pansement à l'alcool, que j'ai soumis à une étude persévérante. En somme, les résultats sont excellents ; mais je veux surtout aborder la physiologie pathologique, comme l'a fait M. Delens. Il est évident que le pansement à l'alcool est éminemment antiphlogistique, les plaies irrégulières ne déterminent pas de réaction même alors que les os sont malades. La peau reste pâle, exsangue; les muscles, qui, dans certains modes de pansement, se gonflent quelquefois d'une façon exubérante, restent rétractés dans la plaie. Aussi ai-je classé ce pansement à côté de l'irrigation continue et de la glace au point de vue des effets primitifs.

M. Desprès disait que, si les os étaient atteints, il y aurait de la réaction ; on en observe dans les plaies par écrasement, non parce que les os sont atteints, mais parce que la plaie est anfractueuse et que l'alcool ne se met pas en contact avec tous les points de cette plaie.

Quant au mode de pansement, c'est de l'alcool pur à 80° ou 90° que j'ai employé, celui que donne l'administration à l'hôpital Necker.

J'ai observé rarement des érysipèles et je l'attribue au soin que je prends de favoriser l'écoulement des liquides. C'est pour moi la condition la plus importante. L'emploi de l'alcool ne vient qu'après.

Comment agit l'alcool? C'est pour moi un pansement par occlusion en surface; il se fait un petit magma qui enduit et vernit la plaie, et c'est en raison de cette dessiccation de la plaie que j'ai proscrit le taffetas, qui maintient l'humidité du pansement.

On a parlé de la douleur : c'est en effet un pansement douloureux; mais on peut atténuer la souffrance, si elle est trop vive, en mettant un sac de glace sur la plaie; le 2e et le 3e pansement sont bien moins douloureux.

M. Després ajoute de l'eau; certes on peut le faire, mais on modifie complétement les résultats: au lieu de l'aspect lisse et vernissé des plaies pansées à l'alcool, vous voyez apparaître les bourgeons charnus et la suppuration; il faut du reste cesser le pansement alcoolique pur au bout d'une dizaine de jours si l'on veut laisser à la plaie son développement physiologique.

J'ajoute en terminant que je suis très-heureux d'avoir appris que les observations de M. Delens concordent avec les miennes.

M. Duplay. Je ne veux pas entrer dans la discussion générale, je veux dire seulement mon opinion sur la valeur du pansement à l'alcool.

Je ne partage pas l'enthousiasme qu'il a su inspirer et je relève cette contradiction que trois élèves de M. Nélaton l'emploient d'une façon différente: M. Guyon prend de l'alcool à 90°; M. Delens de l'eau-de-vie à 60°; enfin M. Després met de l'eau dans son alcool. Les résultats sont identiques, c'est-à-dire parfaits.

Mon opinion est que le pansement à l'alcool n'a aucun avantage propre, et je lui trouve des inconvénients. Il est douloureux, tellement que j'ai failli perdre un amputé de la cuisse sur la plaie d'amputation duquel je versai de l'alcool pur et chez lequel la douleur détermina une syncope. C'est de plus un pansement qui retarde a cicatrisation.

M. Després. C'est justement parce que, comme le dit M. Duplay, le pansement est douloureux que j'ajoute de l'eau à l'alcool. Pour moi, la cause des résultats favorables est que l'on ne réunit pas par première intention. Ce mode de réunion donne de très-mauvais résultats, et je voudrais avoir une statistique pour les cas où on a tenté la réunion primitive.

M. Lucas-Championnière. M. Després ne fait évidemment pas le pansement à l'alcool, pas plus que certains chirurgiens ne font le pansement de Lister.

Les résultats obtenus par M. Delens sont favorables, mais ils ont trait à une opération peu grave en elle-même. Ce que je reproche au pansement à l'alcool c'est la lenteur de la guérison. A ce point de vue le pansement de Lister a un grand avantage.

M. Guyon. La question se déplace. Je reviens au pansement à l'alcool et, tout en admettant qu'il est douloureux, j'ajoute qu'il l'est d'une façon supportable; ce pansement retarde la cicatrisation, comme du reste les accidents traumatiques. Il reste acquis que c'est un bon pansement; mais si on veut établir une comparaison entre le pansement à l'alcool et la méthode de Lister, je suis prêt à dire que ce dernier procédé a une autre manière d'agir: il permet une guérison exceptionnellement rapide.

N'en concluons pas moins que le pansement à l'alcool est bon, que l'expérience l'a consacré et que sa place est marquée dans l'histoire de l'art.

M. Delens. Je ne veux dire qu'un mot, c'est que j'ai seulement insisté sur l'abaissement très-notable de la température par l'effet du pansement à l'alcool : ce fait physiologique si capital est constant, à moins qu'on ne fasse un pansement à l'eau comme le fait M. Desprès.

Présentations de pièces.

Myome de la paroi abdominale,

par M. Horteloup.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un nommé Victor Bramackers, âgé de 56 ans, brossier.

Cet homme, qui avait toujours joui d'une bonne santé, s'aperçut au mois de mai 1875 de la présence d'une petite tumeur du volume d'une noisette, siégeant à la partie interne du pli de l'aine, à droite.

En 2 ou 3 mois, cette tumeur prit un grand accroissement, mais elle ne présentait aucune douleur et apportait seulement un peu de gêne dans la marche. Prenant cette tumeur pour une hernie, il porta un bandage.

Il continua à travailler jusqu'au 15 décembre ; lorsque, à la suite de fatigue, il éprouva quelques douleurs, la tumeur devint le siége d'élancements et s'ouvrit spontanément.

Vers la même époque il vit apparaître, à quatre travers de doigt au-dessous du pli de l'aine, une nouvelle tumeur, qui prit un rapide développement très-douloureux. Au mois d'avril 1856, cet homme entra à l'hôpital temporaire, dans le service de M. Gillette.

Outre cette deuxième tumeur située au-dessous de l'aine, on constata une troisième tumeur à la partie externe du pli de l'aine.

Notre collègue incisa ces deux tumeurs, qui laissèrent écouler une grande quantité de matière gélatiniforme.

Cet homme resta quelque temps à l'hôpital temporaire, puis il alla passer un mois à Vincennes.

Le 3 août, il entra à l'hôpital du Midi. A cette époque, on constata l'état suivant :

La paroi abdominale présente, dans une étendue de 7 ou 8 centimètres, une induration uniforme, avec une induration assez considérable. Trois orifices, situés en forme triangulaire, deux au niveau du ligament de Fallope, un à la partie supérieure,

permettent de pénétrer dans l'intérieur de la tumeur et donnent, par la pression, issue à une substance gélatineuse avec quelques stries sanguinolentes.

L'examen microscopique, fait par M. Longuet, fit constater un tissu myxomateux, composé par du tissu connectif, dont les cellules très-volumineuses étaient remplies de mucine.

Quant au point de départ de la tumeur, l'historique permettait de lui indiquer la paroi abdominale.

Il n'était pas possible de songer à enlever une semblable tumeur, mais je pensai que l'on pouvait être utile au malade en faisant suppurer la poche interne. Dans ce but, je réunis, par une incision, les deux orifices situés à la partie inférieure, j'énucléai avec le doigt une partie de la tumeur et j'introduisis un gros tube à drainage par lequel on fit de nombreux lavages.

Les suites de l'opération furent assez bonnes; les bords de la plaie, épais et boursouflés, donnaient passage à de la matière myoïde mélangée avec du pus.

Malgré l'abondance de la suppuration, la santé resta bonne : bon appétit, pas de fièvre, état moral excellent, jusqu'au 15 septembre où l'on vit s'écouler, par la plaie, des matières stercorales jaunâtres.

Pendant deux mois, l'écoulement stercoral fut intermittent; mais au mois de décembre, l'écoulement devint continu et très-abondant. Aussi l'amaigrissement fit-il de rapides progrès ; le malade ne peut plus quitter son lit. Au mois de janvier 1877, survient un escarre au sacrum.

Dans le mois de février, un abcès partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure s'étendit dans la cuisse et le malade mourut complétement épuisé, le 30 mars 1877.

L'autopsie, faite le 2 avril, fit constater les lésions suivantes :

Les poumons, sauf quelques adhérences pleurales, sont intacts ;

Le cœur est flasque, un peu graisseux;

Le foie est pâle et un peu volumineux;

La rate et les reins sont assez gros;

Dans la cavité péritonéale, on trouve un litre de liquide citrin ;

L'épiploon est adhérent à la paroi abdominale, au niveau de l'ulcération supérieure;

Au-dessous de l'épiploon, on trouve une anse d'intestin grêle située environ à un mètre au-dessus du cœcum, adhérente par son bord convexe à la paroi abdominale. Le doigt, introduit par l'orifice supérieur, permet de constater une ouverture communiquant avec le fond de la plaie;

Le cœcum, accolé à la zone iliaque, est aussi adhérent à la paroi abdominale et présente un orifice qui correspond à la partie

la plus profonde de la tumeur. Entre le péritoine et les muscles internes, un vaste décollement rempli de pus grumeleux et jaunâtre.

Ce fait m'a paru curieux et rare, car je n'ai pas trouvé de cas de tumeurs de cette nature développées dans la paroi abdominale. De plus cette tumeur n'était pas de mauvaise nature et le malade a succombé aux suites du dépérissement produit par les anus contre nature.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel,
CRUVEILHIER.

Séance du 11 avril.

Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend:

Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

M. Lannelongue présente, de la part de l'auteur, M. le Dr Camuset, un *Manuel d'ophthalmologie.*

A propos du procès-verbal.

M. BOINET. Après avoir entendu la lecture du procès-verbal, je ne puis m'empêcher de manifester mon étonnement de voir revenir sur le pansement à l'alcool: c'est une méthode très-ancienne et je n'en veux d'autre preuve que l'usage qu'ont les gens de la campagne de baigner leurs blessures dans le vin. C'est à M. Batailhé que revient l'honneur d'avoir étudié le premier les effets des teintures alcooliques; en 1855, dans mon Traité d'iodothérapie, j'ai fait cette étude d'une manière complète. L'effet des teintures est d'amener le resserrement et l'oblitération des capillaires, ce qui retarde la cicatrisation, mais a pour résultat d'empêcher la résorption du pus et le développement des érysipèles.

Le procédé de Lister n'est que la combinaison de l'emploi de ces teintures et du drainage, que M. Chassaignac a eu l'heureuse idée de substituer aux sondes perforées que je plaçais au fond des plaies.

M. Desprès. On m'a reproché d'avoir choisi l'amputation du sein pour établir la supériorité des pansements à plats sur la réunion par première intention; cette opération serait bénigne de sa nature.

Je répondrai que Velpeau a donné sa statistique intégrale, comprenant sa clientèle de la ville et de l'hôpital, à une époque où il cherchait à obtenir la réunion par première intention, et qu'il a eu 14 0/0 de morts. La méthode des pansements rares a donné d'aussi mauvais résultats dans les mains de Velpeau; mais les érysipèles étaient plus rares. Enfin l'adoption du pansement simple a eu pour effet d'améliorer les résultats statistiques.

Rapports.

M. Paulet fait un rapport oral sur une observation de M. Bax, de Corbie (Somme).

Lithotritie chez une vieille femme,

par le Dr Bax, de Corbie.

Madame C..., âgée de 65 ans, d'une bonne constitution, quoique très-maigre, ne se rappelle pas avoir jamais fait de maladie sérieuse.

En mai 1875, elle me fait appeler pour une douleur très-vive, siégeant dans la région rénale gauche avec irradiations vers le bas-ventre et la cuisse du même côté; bref, il existe un ensemble de symptômes qui me font diagnostiquer une colique néphrétique. Cette douleur était entièrement passée au bout de deux jours. Etait-ce le point de départ des accidents qui survinrent quelques mois plus tard? Le fait est que, les douleurs étant passées, aucun calcul, malgré les plus minutieuses recherches, ne put être trouvé dans les urines, et d'un autre côté des phénomènes inflammatoires de la vessie ne débutèrent qu'un certain temps après la colique néphrétique dont j'avais été témoin.

En février 1876, je suis mandé de nouveau. Il existe une cystite des plus intenses depuis trois mois: les symptômes qui la caractérisent se sont développés peu à peu, mais n'ont pas tardé à devenir ce qu'ils sont aujourd'hui: ténesme vesical permanent, mictions répétées à tout moment, urines purulentes et glaireuses.

J'institue un traitement approprié; après avoir paru s'amender, tous ces symptômes reprennent plus d'intensité.

Fin avril, je propose le cathétérisme; en voulant pratiquer celui-ci, je me trouve en présence d'un méat tellement étroit que je ne puis y introduire qu'une sonde cannelée de moyen volume. Le col franchi, je tombe sur un calcul.

Je pratique la dilatation du méat, par l'introduction de bougies de calibre de plus en plus volumineux; cette manœuvre répétée quotidiennement me permet au bout d'une quinzaine de jours de faire passer

une sonde de gros volume. Avant de procéder à la lithotritie je veux essayer, par des injections vésicales fréquemment renouvelées, de rendre la vessie plus capable de conserver une certaine quantité de liquide; et c'est ainsi que le réservoir urinaire, qui dès le principe pouvait à peine tolérer deux cuillerées à bouche d'eau, parvint à garder une quantité de liquide égale à celle que peut contenir une seringue à hydrocèle ordinaire.

Cette double ligne de conduite avait été adoptée avec mon confrère le docteur Sorel, de Villers-Bretonneux, avec l'aide duquel je procédai au broyement, le 10 mai.

La pierre saisie entre les mors de l'instrument mesurait environ 6 centimètres.

Il fut fait six séances, à huit jours d'intervalle l'une de l'autre. Les fragments que l'on put recueillir, mis au fur et mesure de leur expulsion dans un verre à bordeaux, en remplirent environ les deux tiers de la hauteur.

Parmi ces fragments, trois qui s'étaient engagés dans l'urèthre, malgré l'énorme dilatation qu'avait acquis le méat, s'arrêtèrent à son niveau et durent être extraits avec une pince ; un d'entre eux, plus volumineux, nécessita même, pour être extrait, un léger débridement.

La vessie privée du calcul se rétablit très-promptement. Depuis dix mois la guérison s'est complétement maintenue.

Communications.

Corps étrangers dans les voies aériennes,

par M. Denucé, de Bordeaux.

Je fus appelé au mois d'octobre dernier auprès d'un homme de 40 ans qui s'était endormi en conservant dans sa bouche un noyau de prune : à son réveil, en raison de l'oppression qu'il ressentait on lui donna un vomitif, qui n'amena aucun effet.

Appelé à examiner ce malade, je constatai que le murmure respiratoire ne s'entendait que faiblement du côté gauche; puis survinrent des crises de suffocation et un notable abaissement de la température. J'admis la présence du noyau dans la bronche gauche et me décidai à faire la trachéotomie.

Je me servis du thermo-cautère, espérant qus les secousses convulsives qui succèdent à l'incision de la trachée feraient sortir le noyau. N'ayant rien obtenu, je tentai de faire le cathétérisme de la bronche gauche et j'arrivai en effet sur un corps dur. Je pris alors des pinces à polypes laryngiens et je tentai l'extraction, que je fus forcé de suspendre : le malade en effet fut pris de crises de suffocation et d'hémoptysie. Le lendemain, j'introduisis des pinces, une nouvelle hémorrhagie se déclara ; le soir enfin le malade eut,

au moment d'une crise de suffocation, une hémorrhagie abondante; l'interne de garde crut devoir boucher la plaie de la trachée avec du perchlorure. Un nouveau vomissement de sang amena le noyau 2 ou 3 heures avant la mort.

L'autopsie montra à la face interne de la bronche gauche une ulcération et une dépression en forme de nid; le poumon était très-congestionné.

Trois mois après je fus appelé, aux environs de Bordeaux, pour un enfant de 8 ans qui avait avalé un noyau de prune: l'accident remontait à trois jours et le petit malade était très-affaibli. Je fis la trachéotomie, après avoir constaté qu'il y avait de l'emphysème du cou et de la partie supérieure de la poitrine. Après l'ouverture de la trachée, un effort convulsif amena le noyau, accompagné d'un liquide spumeux presque purulent. Je plaçai une canule, car dès que je rapprochais les lèvres de la plaie la suffocation survenait. J'ai su depuis que l'enfant avait eu une fluxion de poitrine et qu'au bout de cinq jours il était hors de danger.

Du rapprochement de ces deux faits on peut tirer quelques inductions :

Les corps étrangers de la trachée peuvent déterminer la suffocation d'une façon plus ou moins rapide. En deuxième lieu, lorsqu'ils sont irréguliers ils peuvent amener des ulcérations et même de l'emphysème du cou. Enfin leur volume a une grande importance, car il détermine la profondeur à laquelle ces corps étrangers peuvent pénétrer dans les voies aériennes.

Je signalerai de plus la tendance congestionnelle que ces corps déterminent dans le poumon et qui a été signalée dans mes deux faits, soit par des hémoptysies soit par une pneumonie franche.

J'ajouterai que, même dans le cas où le corps étranger est éloigné du larynx, il faudra avoir recours à la trachéotomie, comme je n'ai pas hésité à le faire.

Discussion.

M. Verneuil. Je me place au point de vue spécial du procédé opératoire de la trachéotomie et j'espère que ces deux faits contribueront à vulgariser la méthode galvano-caustique. Pour moi la cause de la dierèse par le fer rouge est gagnée. M. Krishaber, après s'en être éloigné un moment, y est revenu : M. de Saint-Germain, tout en cherchant un procédé plus simple dans son exécution, est partisan de la méthode.

La trachéotomie devient ainsi plus bénigne par l'absence de toute

hémorrhagie ; il n'est pas indifférent qu'un enfant perde 30, 40 ou 50 grammes de sang. Pour moi la cause est entendue.

M. Tillaux. Je tenais à dire que j'avais été un apôtre du thermo-cautère, tout en rendant compte des raisons qui ont modifié ma manière de voir.

Il y a quelques années, j'avais rapporté ici même que, faisant une trachéotomie pour un cancer du larynx avec le galvano-cautère, je n'avais pas perdu un globule de sang. Il y a trois semaines, j'ai fait chez un adulte une trachéotomie dans un cas de tumeur ganglionnaire déviant le larynx. Je me servis du galvano-cautère porté au rouge sombre, et j'eus une hémorrhagie terrible lorsque je fus arrivé sur les plexus sous-thyroïdiens; je fus forcé de terminer l'opération avec le bistouri et je faillis perdre mon malade.

Je suis donc obligé de conclure que M. Verneuil est trop exclusif.

M. de Saint-Germain. Je suis d'avis qu'il faut établir une distinction entre l'adulte et l'enfant. J'ai fait trois trachéotomies chez l'adulte; mais dans aucune je n'ai employé le thermo-cautère. J'ai vu cette méthode réussir trois fois d'une manière merveilleuse dans les mains de M. Krishaber : il n'y eut pas une goutte de sang, aussi n'hésiterais-je pas chez l'adulte à employer le thermo-cautère.

Chez les enfants, voici les résultats de ma pratique. Appelé par M. Labric, j'ai fait une trachéotomie dans son service à l'aide du thermo-cautère et j'ai vu une escharre de la largeur d'une pièce de 5 francs, aussi notre collègue ne m'a-t-il plus autorisé à me servir de ce procédé chez ses malades.

Voici ce que je constatai dans ce cas : L'opération fut simple. Les jours suivants, on s'aperçoit que la plaie est couverte d'une gelée tremblotante; elle affecta bientôt la forme en ogive et au fond de la plaie nous vîmes que l'escharre comprenait la trachée. L'enfant guérit, mais depuis il a conservé du tirage. Y a-t-il cicatrice saillante ou rétrécissement de la trachée? je ne sais; mais chez l'enfant, je préfère opérer avec le bistouri en un temps et, dès que le dilatateur est introduit, placer une grosse canule. Sur 94 cas opérés de cette façon, je n'ai eu que deux hémorrhagies inquiétantes.

M. Gillette. Je veux d'abord rappeler qu'il a paru dans *the Lancet*, il y a 2 ou 3 ans, une observation où un noyau de prune a été expulsé en mettant à l'enfant la tête en bas.

Au sujet de la trachéotomie, je me suis servi deux fois chez des enfants du thermo-cautère; la seconde fois seulement j'ai eu un

peu de sang; mais l'enfant était au début de la période asphyxique: ces malades n'ayant pas vécu, je n'ai pu observer les escharres. Il y a un temps qui ne me paraît pas comporter l'emploi du thermo-cautère, ainsi que le veulent MM. Poinsot et Mauriac: c'est l'incision de la trachée, que je fais avec le bistouri, comme M. Denucé.

M. Paulet. Je suis d'avis d'employer le thermo-cautère chez l'adulte, car j'ai constaté les dangers extrêmes du bistouri dans un cas récent. Je fus, il y a 20 jours, appelé par M. Villemin pour faire une trachéotomie dans son service au Val-de-Grâce. C'était un homme à son dernier souffle; je n'eus que le temps de saisir mon bistouri et d'inciser rapidement, bien que je fusse en face d'un plexus thyroïdien énormément développé.

Je donnai pour ainsi dire tête baissée au milieu des vaisseaux et j'ouvris la trachée. Je fus effrayé de l'énorme quantité de sang veineux que cet homme rendit par la plaie trachéale et qui avait pénétré dans ses voies aériennes. J'avais du reste déjà vu mourir un malade étouffé par le sang qui remplissait sa trachée.

Je conclus que chez l'adulte il faut se servir du thermo-cautère.

M. Desprès. Je suis partisan déclaré de l'opération faite à l'aide du bistouri : les objections que l'on fait à ce procédé militent en sa faveur. Le malade de M. Paulet a vécu et la perte de sang qu'il a subie étant en état d'asphyxie lui a été plus utile que nuisible.

L'opération par le thermo-cautère est longue, elle donne des escharres énormes qui comprennent peau, muscles, trachée même dans sa paroi postérieure. Le malade de M. de Saint-Germain a un rétrécissement incurable de la trachée. Quant à la trachéotomie par le bistouri, c'est l'opération la mieux réglée, à condition que, comme Trousseau, on attende que la plaie soit sèche et qu'on n'incise pas la trachée aussitôt après avoir divisé les veines thyroïdiennes. C'est dans cette opération que le sang-froid est nécessaire et qu'il faut bien voir ce que l'on fait.

Le bistouri seul permet de se tirer des cas difficiles, comme celui que j'ai rencontré à ma dernière trachéotomie. Il s'agissait d'un homme de 55 à 56 ans, chez lequel M. Krishaber avait diagnostiqué une laryngite syphilitique. Je tombai sur des tissus chroniquement enflammés, lardacés; c'était en effet un cancer de la trachée et du larynx. Je fis la crico-trachéotomie; mais j'ajoute que le bistouri seul pouvait permettre de terminer une opération aussi compliquée.

M. Verneuil. La question me paraît tranchée au sujet de l'adulte. J'ai fait ou vu faire au galvano-cautère neuf opérations : M. Krishaber en a fait cinq, M. Mauriac une; jamais nous n'avons vu

d'escharres ni d'hémorrhagies. Au sujet du fait signalé l'année dernière par M. Tillaux et dans lequel des escharres s'étaient produites, je crois que le malade était cachectique.

Quant aux escharres observées chez les malades de M. Labric, je répondrai qu'à ce moment le procédé était mal connu, on a peut-être opéré très-lentement, j'ajouterai que l'aspect si lamentable que M. Saint-Germain a vu se développer sur la surface de section de la trachée n'est peut-être pas dû au thermo-cautère, mais à un état diphthéritique de la plaie.

Je me sers du galvano-cautère même pour inciser la trachée, je l'ai fait encore tout dernièrement devant M. Millard et je n'ai pas eu d'escharre; j'ai trachéotomisé un malade tétanique et il a guéri sans rétrécissement de la trachée. Le rétrécissement est-il même bien réel dans le cas de M. de Saint-Germain, où il n'y a pas eu de constatation directe?

Je terminerai en disant qu'on dissèque fort bien avec le galvano-cautère, qu'on reconnaît les divers tissus comme sur le cadavre, puisque les lèvres de l'incision sont exsangues.

Je repousse pour ma part toutes les objections faites à l'emploi du galvano ou du thermo-cautère dans la trachéotomie de l'adulte.

Pour l'enfant, je demande qu'on accorde un peu de crédit à cette nouvelle méthode, insuffisamment expérimentée.

M. Le Fort. Quand une méthode est nouvelle, il faut distinguer la méthode et la manière de l'appliquer. Je crois comme M. Verneuil que si on a des escharres, c'est qu'on laisse le cautère trop longtemps en action sans le retirer de la plaie, c'est-à-dire en agissant d'une façon à peu près continue au lieu de couper à petits coups.

M. Desprès a dit une chose qui ne peut passer sans observation. Il ne faut, a dit notre collègue, ouvrir la trachée que lorsque le sang est arrêté, selon le précepte de Trousseau, a-t-il ajouté. D'abord on ne peut souvent attendre l'hémostase, l'enfant serait mort avant. En deuxième lieu, Trousseau a dit au contraire que le moyen d'arrêter l'hémorrhagie, c'est d'ouvrir largement la trachée en diminuant par l'accès de l'air la congestion veineuse, résultat de l'asphyxie.

M. de Saint-Germain. Je suis d'autant plus frappé des objections que l'on m'a faites, que je crois en effet avoir procédé avec lenteur en me servant du thermo-cautère; aussi ferai-je de nouvelles tentatives.

Quant au procédé de Trousseau, je le déclare impossible chez l'enfant. J'ai assisté à des opérations faites par M. Archambaud, un des médecins qui font le mieux la trachéotomie, et jamais il n'a pu exécuter fidèlement le procédé. Les internes font le procédé, dit

en deux temps, de Bourdillat; mais on s'expose à couper la trachée deux ou trois fois et je préfère mon procédé en un seul temps.

M. Tillaux. Je ne suis pas un ennemi du thermo-cautère; mais j'ai tenu à consigner mon fait afin que le lecteur le lise comme correctif de ce qu'a dit M. Verneuil. Il faut qu'on sache qu'avec le thermo-cautère, lorsque les plexus sous-thyroïdiens seront développés, on aura ou on pourra avoir des hémorrhagies.

M. Desprès. Je tiens à dire que, par trachéotomie à sec, je ne voulais pas dire sans l'écoulement d'une goutte de sang; je crois qu'un léger suintement n'a aucun inconvénient.

J'ajouterai que la trachéotomie est une opération difficile à bien faire, parce qu'elle est très-émouvante, et que c'est à son sujet surtout que M. Gueniot aurait pu étudier ce qu'il a si bien nommé le délire des opérateurs; c'est cette disposition d'esprit qui fait que le procédé de Trousseau est rarement pratiqué.

M. Denucé. J'ai fait une troisième opération à l'aide du thermo-cautère. Après avoir disséqué couche par couche, coupé l'isthme du corps thyroïde, je me suis servi, suivant mon habitude, d'un tenaculum que je passe sous le bord inférieur du cartilage cricoïde.

Revenons au thermo-cautère. Il y a quelquefois un peu d'hémorrhagie; si on veut l'arrêter, il faut faire aller le couteau dans le sens de l'axe du vaisseau, non perpendiculairement. Une fois la trachée à nu, je ne me sers plus du thermo-cautère; mais j'avoue que je n'ai jamais vu se former qu'une escharre mince et de largeur au plus d'une pièce de 5 francs.

Les trois opérations que j'ai faites ont très-bien réussi comme opération; un de mes malades est mort d'hémoptysie, les deux autres ont guéri, et j'avoue qu'en face de ce résultat, je me sens autorisé à persévérer dans l'emploi du thermo-cautère appliqué à la trachéotomie.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire,
Cruveilhier.

Séance du 18 avril 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger ;

2° Une brochure de M. le Dr Delmas, de Bordeaux.

3° M. Verneuil présente, de la part des auteurs, deux thèses : *Des dilatations lymphatiques*, par M. Desert ; — *Du diabète sucré chez l'enfant*, par M. Redon.

4° M. Ledentu offre, au nom de M. Pozzi, les deux brochures suivantes : *Des localisations cérébrales et des rapports du crâne avec le cerveau ; — Quelques observations à propos du pansement de Lister.*

5° M. Guéniot présente, de la part de M. Galezowski, un travail intitulé : *Sur un nouveau procédé opératoire du trichiasis au moyen du thermo-cautère.* (Commissaires, MM. Guéniot, Giraud-Teulon, Terrier.)

6° M. Arlaud, membre correspondant, adresse la note suivante :

Revendication de priorité de l'emploi du drainage préventif appliqué immédiatement dans le premier pansement des plaies qui résultent des amputations des membres.

A l'occasion d'une observation d'amputation de la jambe, à lambeaux, le Dr Pozzi parle de l'emploi d'un drain à la base du lambeau, comme constituant un moyen peu usité, et semble vouloir attribuer la priorité de cette méthode de pansement à Lister et à Azam, de Bordeaux.

M. le Dr Piachaud (de Genève), membre correspondant de la Société de chirurgie, considère cette pratique comme importante, établit qu'elle n'est qu'une extension de la méthode de Chassaignac (ce qui est parfaitement juste), ne revendique pour lui-même aucune priorité, mais déclare qu'il se sert du drain préventif depuis plus de dix ans, ce dont je ne peux que féliciter notre collègue de Genève.

Notre honorable inspecteur Jules Rochard n'a pas manqué de rappeler que le drain préventif avait été employé sur les opérés de

l'hôpital Saint-Mandrier de Toulon, pendant la période de la guerre d'Italie, c'est-à-dire depuis 1860.

M. le Dr Guyon a cru pouvoir clore une discussion à laquelle ont pris part MM. Rochard, Lucas-Championnière, Desormaux, Le Fort, Larrey, en disant :

« Quant à la priorité du placement d'un drain au fond de la « plaie d'amputation, personne ne peut réclamer aujourd'hui, car « on trouve décrit dans A. Paré, et dessiné même, un tube en ar- « gent pertuisé, que Guy de Chauliac plaçait dans les plaies d'am- « putation. »

Je m'incline volontiers devant le tube pertuisé de Guy de Chauliac, mais une grande différence existe incontestablement entre le susdit tube rigide antique et le nouveau tube flexible en caoutchouc.

La priorité de l'application de ce dernier, dans le premier pansement des plaies, vaut bien la peine d'être réclamée, revendiquée, puisque un nombre considérable d'opérés lui ont dû leur guérison. Il faut bien qu'on lui attache une certaine importance, puisque plusieurs chirurgiens de mérite et de haute position seraient heureux d'en accepter la paternité et que le drain a eu les honneurs d'une discussion devant une Société avec laquelle on est bien forcé de compter.

Ce préambule m'a paru nécessaire pour me donner l'espoir que le court extrait suivant, d'un petit mémoire publié en 1861, dans la *Gazette des hôpitaux*, me vaudrait l'honneur d'une communication à la Société de chirurgie.

EXTRAIT DE LA *Gazette des hôpitaux* du mardi 18 juin 1861, nº 71, pages 282 et suivantes.

Hôpital Saint-Mandrier et hôpital du bagne de Toulon.

M. ARLAUD, chirurgien en chef.

Du drainage préventif appliqué aux plaies qui résultent des amputations des membres.

Dans les amputations des membres, intéressant des gaînes tendineuses souvent nombreuses, des stratifications aponévrotiques séparées par du tissu cellulaire lâche, près des bourses dites muqueuses, à cloisons quelquefois multiples, destinées à régulariser l'action des cordes tendineuses qui assurent l'exécution des actes merveilleux de la locomotion, — l'inflammation et la suppuration d'éléments si complexes éloignent la guérison d'une façon très-désespérante pour le malade et pour l'opérateur.

N.-B. Je suis convaincu que les résultats remarquables obtenus

à l'hôpital Saint-Mandrier, sur les blessés de l'armée d'Italie, en 1859, ont été dus à l'emploi des pansements dans lesquels j'ai fait intervenir, comme complément, le séton tubuleux de Chassaignac.

Des faits de ma pratique, des résultats également heureux obtenus dans six grandes opérations de désarticulation comprenant : *une amputation coxo fémorale, une fémoro-tibiale; deux désarticulations tibio-tarsiennes, deux scapulo-humérales;*

Des guérisons obtenues par mes collègues, dans le même hôpital, à l'aide du drain préventif,

Je suis conduit à tirer les conclusions suivantes :

1° Pour expliquer nos succès, il n'y a lieu d'invoquer ni l'âge, ni le tempérament, ni les méthodes et les procédés opératoires, qui ont du reste beaucoup varié, suivant les circonstances et suivant les opérateurs; ni le hasard, ni le bonheur;

2° Ces résultats heureux ont été dus surtout à l'emploi du drain appliqué, suivant les circonstances, comme moyen curatif du croupissement du pus, ou comme moyen *préventif immédiat* après les plaies résultant des amputations.

Suivent deux observations des plus démonstratives de l'idée qui m'a conduit à publier le travail intitulé : *Du drainage préventif appliqué au pansement des plaies qui résultent des amputations.*

Après ces courtes mais nécessaires explications, j'ose croire que mes honorables collègues, Lister, Azam, Pozzi, Piachaud, etc., abandonneront facilement la revendication de la priorité de l'emploi du drainage dans le premier pansement des plaies d'amputation, quelle qu'ait été la méthode opératoire employée, se réservant les autres modifications importantes qu'ils ont apportées au pansement des plaies chirurgicales et à celles des amputations des membres en particulier.

D'ailleurs, notre éminent collègue le Dr Broca avait positivement appliqué le drain préventif dès l'année 1868, bien antérieurement aux écrits de Lister, d'Azam, de Pozzi, etc.

Je viens donc réclamer, devant la Société de chirurgie, la priorité de l'application du drain ou des drains (car souvent j'en ai placé plusieurs), en un mot, le *drainage préventif*, employé pour la première fois en 1859 et 1860, pendant la guerre d'Italie.

Tous les médecins de la marine qui ont servi à Saint-Mandrier pendant cette époque ont constaté le fait et les résultats obtenus.

Je m'applaudis d'avoir vulgarisé la méthode dont il s'agit dans les écoles de Toulon et de Rochefort.

Toulon, le 16 avril 1877.

C. ARLAUD,
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

7° M. Rochard présente, au nom de MM. Le Roy de Méricourt et Bourel-Roncière, un mémoire sur le service de santé de la marine; ce mémoire fait partie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

A l'occasion du procès-verbal,

DISCUSSION SUR LE DRAINAGE.

M. Boinet. Je tiens à faire observer qu'il est difficile de fixer l'époque où on a appliqué le drainage pour la première fois. J'ai lu à la Société de chirurgie un travail qui est imprimé dans les mémoires et dans lequel j'établissais l'importance qu'il y avait à favoriser l'écoulement du pus à l'aide d'une sonde de gomme élastique perforée. Vers 1860 on a parlé du drainage appliqué à la culture et M. Chassaignac a eu l'idée de se servir de cette dénomination, mais le principe avait reçu depuis longtemps son application.

M. Le Fort. J'ai déjà dit qu'il était impossible de discuter au sujet de la priorité du drainage : on poursuivait le même but par l'emploi des mèches et, si l'on voulait faire dater le drainage de l'emploi des drains, ce serait à l'invention du caoutchouc qu'il faudrait en faire revenir l'honneur.

M. Amédée Forget. La première indication du drainage remonte selon moi à Jules Cloquet, qui introduisait dans les plaies des sondes de gomme élastique; quant au principe, il est aussi vieux que la chirurgie raisonnée et rationnelle.

M. Rochard. Je ne suis pas d'avis que le drainage ne soit qu'une dénomination heureuse; les mèches et les sondes avaient pour inconvénient de boucher les plaies; par le drainage, le pus est évacué d'une manière continue. Il est vrai que le caoutchouc fait pour ainsi dire partie intégrante de la méthode, mais en devons-nous moins revendiquer hautement pour un membre de notre Société une pratique qui a passé de chez nous chez tous les peuples ?

M. Chassaignac a deux fleurons à sa couronne : le drainage et l'écrasement linéaire, et c'est ici surtout qu'il ne doit pas être permis d'y porter atteinte.

M. Le Fort. J'avoue comprendre un peu autrement ce qu'a de personnel la pratique implantée chez nous par Chassaignac. Pour moi la mèche remplissait mal, mais enfin remplissait, l'indication

chirurgicale: mais ce qu'a fait notre collègue c'est de traverser de larges collections purulentes de part en part à travers de petites incisions et de permettre ainsi un facile écoulement au pus avec le minimum de traumatisme possible.

M. Rochard. J'apprécie comme M. Le Fort cette application du drainage ; j'ajouterai cependant qu'au début Chaissaignac ne faisait qu'une seule incision ; son tube en Y n'était qu'une mèche canaliculée.

Je ne crains pas de citer le nom de notre collègue, qui appartient presque à l'histoire, et de dire que, s'il a fait quelques applications exagérées de ses procédés, il nous a appris à nous servir du trocart, à sillonner les abcès par des tubes d'épuisement, à renouveler enfin la pratique des chirurgiens au sujet de la thérapeutique des collections purulentes.

Discussion sur la trachéotomie.

M. de Saint-Germain. Je viens rapporter un récent cas de trachéotomie qui peut offrir un certain intérêt dans l'état actuel de la discussion. Dans la nuit de dimanche dernier, je fus appelé à Gentilly près d'un enfant de 7 ans; il s'agissait d'un croup essentiellement de mauvaise nature, affectant ce que j'appellerai la forme ascendante, c'est-à-dire que l'affection avait envahi les bronches en premier lieu ; il n'y avait rien dans la gorge et cependant le tirage existait. Je fis l'opération d'après mon procédé et en cinq secondes la canule fut placée sans que l'enfant eût perdu plus d'une cuillerée de sang. Le lendemain le tirage avait reparu, on percevait le bruit de drapeau ; j'enlevai la canule et au même moment il survint un flot de sang énorme, de 200 à 250 grammes, que je ne pus arrêter qu'en plaçant une grosse canule. L'enfant succomba.

Faut-il attribuer cette hémorrhagie au procédé employé? Je ne le crois pas, car si j'avais employé le thermo-cautère dans ce fait je ne le rendrais pas responsable de l'accident.

M. Desprès. Je remercie notre collègue de nous apporter un fait qui semble défavorable au procédé qu'il emploie. Qu'il me permette de relater aussi un fait qui date de mercredi dernier et qui me paraît établir la supériorité de la méthode de Trousseau. J'avais affaire à un enfant de deux ans qui asphyxiait depuis plusieurs jours.

Le cou était gros, les veines volumineuses ; j'ai pu cependant ouvrir la trachée par le procédé classique. J'ajouterai que la méthode que je défends a été employée depuis 40 ans par tous les

médecins; M. Millard a relevé en une année 138 trachéotomies faites à l'hôpital des Enfants : il y a eu seulement 2 accidents opératoires, une hémorrhagie, une asphyxie par fausse membrane.

M. DE SAINT-GERMAIN. J'ai déjà fait remarquer qu'à l'hôpital des Enfants, on n'applique jamais le procédé de Trousseau ; du reste, sur les 96 trachéotomies que j'ai pratiquées, je n'ai eu que trois hémorrhagies tenant à des circonstances spéciales.

M. DESPRÈS. Je ne suis pas émerveillé de la proportion d'hémorrhagies signalées par notre collègue : sur les 138 cas cités par Millard; il n'y a eu qu'une hémorrhagie, sur les 39 faits qui m'appartiennent, je n'ai jamais perdu une notable quantité de sang.

M. DE SAINT-GERMAIN. Je suis un peu gêné en face des chiffres que me cite M. Desprès : je sais très-pertinemment ce qui se passe aux Enfants, je sais aussi que les hémorrhagies y sont fréquentes, qu'on y a perdu des enfants sur la table d'opération : aussi ne peut-on établir de statistique sur de pareilles bases.

Communications.

Note sur les sutures des tendons et sur leur mode de cicatrisation,

par le Dr NOTTA, chirurgien de l'hôpital de Lisieux, etc.

Dans la séance du 6 décembre 1876, mon nom ayant été cité à propos de la suture des tendons et l'opinion ayant été émise, malgré les affirmations de M. Tillaux, que les adhérences de la cicatrice cutanée au tendon étaient fatales, il m'a paru opportun de publier les faits que j'ai observés et d'y ajouter le résultat d'une expérience qui, je l'espère, ne laissera aucun doute dans les esprits les plus exigeants.

Les faits que j'ai recueillis sont au nombre de quatre, ils se divisent en deux catégories :

PREMIÈRE CATÉGORIE

Réunion de la plaie cutanée par première intention.

OBS. I. — *Suture des tendons extenseurs du médius et de l'annulaire de la main droite. Guérison.*

Mademoiselle B..., âgée de 19 ans, demeurant à Lisieux, était occupée, le 5 juillet 1872, à laver des carafes ; une d'elles vint à se casser et un fragment de verre très-tranchant lui fit une plaie oblique de 3 centimètres à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la face dorsale de la main droite. Cette plaie intéressait toute l'épaisseur de la peau, et, à sa partie moyenne seulement, elle était plus profonde

et comprenait les tendons extenseurs de l'annulaire et du médius, qui furent complétement divisés. Appelé quelques instants après l'accident, je constatai l'existence de la lésion que je viens d'indiquer. Les doigts annulaire et médius étaient dans la flexion et le mouvement d'extension était absolument impossible. A cause de l'étroitesse de la plaie profonde, j'eus assez de peine à retrouver les deux bouts des tendons qui étaient rétractés, et je fus obligé de faire un petit débridement dans le sens de la direction des tendons, et perpendiculaire à la plaie cutanée, sans toutefois intéresser la peau. Je réunis les deux bouts des tendons avec un fil d'argent qui fut tordu et coupé au ras du point de torsion. Je pus m'assurer immédiatement que les mouvements d'extension étaient possibles. Cela fait, je réunis la plaie cutanée avec le plus grand soin, à l'aide de deux points de suture entortillée, et la main et le bras furent placés sur une planchette, immobilisés à l'aide d'une bande et la main dans une extension complète. Sur la face dorsale de la main qui était à nu, on appliqua en permanence des compresses trempées dans de l'eau fortement alcoolisée. Au bout de trois jours, les épingles furent retirées, la plaie cutanée était réunie par première intention. La main et le bras furent maintenus néanmoins immobiles dans le même appareil pendant six semaines. Ce fut alors seulement que je permis à la malade de commencer à se servir de ses doigts.

Aujourd'hui, 25 juin 1875, il ne reste aucune trace de cet accident qu'une ligne oblique cicatricielle de 3 centimètres, mobile, sans aucune adhérence de la peau aux parties profondes. Les doigts de cette main sont aussi souples que ceux de l'autre main, l'extension des doigts se fait aussi complétement. Quant aux fils métalliques, ils sont restés dans la plaie et n'ont jamais donné lieu à aucune suppuration.

Obs. II. — *Suture du tendon extenseur de l'indicateur gauche. Guérison.*

Maurice Rouzé, ouvrier de fabrique, le 17 juin 1875, à quatre heures du soir, était occupé à fermer un châssis ; le carreau de vitre se cassa et, lui tombant sur le dos de là main gauche, lui fit une incision de trois centimètres qui intéressa la peau et le tendon extenseur de l'index. Les lèvres de la plaie furent rapprochées avec du sparadrap.

Le 18 juin, à midi, il vint me voir. Je remarquai qu'il pouvait fléchir l'index, mais qu'il ne pouvait le relever. Je désunis les lèvres de la plaie et je constatai que le tendon de l'extenseur de l'index avait été complétement divisé. A l'aide d'une aiguille courbe, je passe un fil d'argent dans les deux extrémités du tendon et je les mets en contact. Le fil est tordu et coupé au ras de son point de tarsion. Deux points de suture rapprochent les lèvres de la plaie cutanée, et la main appliquée sur une planchette, les doigts dans l'extension, est immobilisée par plusieurs tours de bande.

19 juin. — A mal dormi, a souffert dans la plaie, il n'y a pas de suppuration.

20 juin. — On retire les deux épingles. Il a moins souffert, les lèvres de la plaie paraissent réunies, compresses trempées dans de l'eau-de-vie camphrée.

22 juin. — Gonflement au niveau de la plaie, pas de fluctuation.

23 juin. — Va bien, le gonflement diminue.

24 juin. — Il sort d'entre les lèvres de la plaie quelques gouttes de liquide séreux, transparent, citrin.

26 juin. — La cicatrisation de la plaie est complète, le fil métallique n'a pas été éliminé, les jours suivants le membre est toujours maintenu dans l'immobilité.

24 juillet. — On supprime l'appareil.

31 juillet. — Les mouvements de l'index sont libres, le tendon extenseur est bien réuni, on le voit se tendre sous la peau dans les mouvements d'extension. Il n'y a aucune adhérence de la peau au tendon et la cicatrice glisse sur lui. Dans l'extension, les diverses phalanges s'étendent complétement l'une sur l'autre, de sorte que l'index est parfaitement rectiligne; mais, lorsque tous les doigts de la main sont dans l'extension complète, l'index reste sur un plan inférieur aux autres, de telle sorte que la face dorsale de la dernière phalange est au niveau du plan passant par la face palmaire de la phalange correspondante du médius.

31 janvier 1877. — J'ai revu aujourd'hui cet homme; l'extension de l'index blessé est aussi complète que celle du côté opposé, il n'y a aucune différence.

Ces deux observations sont identiques, dans les deux cas la suture du tendon a été faite avec un fil d'argent, la plaie cutanée a été rapprochée à l'aide de sutures entortillées et la réunion s'est faite par première intention. Toutefois, dans la seconde observation, nous avons pu craindre un instant que la réunion ne se fît pas; le troisième jour, la plaie se tuméfia et laissa suinter, le lendemain, un peu de sérosité.

Nos craintes ne tardèrent pas à se dissiper : quarante-huit heures après, la réunion était assurée. Nous devons nous féliciter de ce résultat heureux, car, moins favorisés que dans l'observation Ire, nous fumes obligés de désunir les lèvres de la plaie, vingt heures après l'accident, pour aller à la recherche des deux bouts du tendon et en pratiquer la suture.

Ainsi, dans ces deux observations, il y a eu suture métallique des tendons, réunion par première intention de la plaie cutanée, absence complète d'adhérences de la cicatrice cutanée avec le tendon, qui a recouvré toutes ses fonctions à tel point qu'il n'existe au point de vue des mouvements aucune différence entre les doigts similaires des deux mains.

DEUXIÈME CATÉGORIE DE FAITS.

Suppuration des lèvres de la plaie.

OBS. III. — *Suture du tendon de l'index droit. Suppuration. Guérison.*

Le 5 août 1874, un garçon épicier, âgé de 19 ans, en rangeant des marchandises, perd l'équilibre, et sa main droite passe à travers un carreau de vitre. Un éclat de verre lui coupe obliquement la peau de la face dorsale de la main droite, suivant une ligne transversale située à 25 millimètres au-dessus des articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius. La plaie a 5 centimètres de longueur, le tendon extenseur de l'index est complétement divisé et ce doigt reste fléchi sans pouvoir être étendu. Le tendon du médius est divisé à moitié seulement. La plaie est taillée en biseau. Je pratique avec un fil d'argent la suture des deux bouts du tendon de l'index. Le fil est tordu et coupé au ras de son point de torsion. Deux points de suture entortillée rapprochent les lèvres de la plaie cutanée, sur laquelle on applique un linge troué et un tampon de charpie d'eau alcoolisée. Le bras et la main dans l'extension sont immobilisés sur une planchette, à l'aide d'un bandage roulé.

Au bout de deux jours, la plaie est en pleine suppuration, pansement à l'alcool, l'immobilité est rigoureusement maintenue. Le fil d'argent ne s'est pas détaché pendant les pansements que j'ai faits moi-même tous les jours jusqu'à ce que la cicatrisation fût complète, c'est-à-dire jusqu'à la fin d'août.

Le 12 septembre on enlève l'appareil et on permet au malade de se servir de sa main, les mouvements do l'index sont rétablis.

26 juin 1875. — Les mouvements de l'index sont aussi complets que ceux de l'autre main. A la face dorsale de la main existe une large cicatrice irrégulière de 5 centimètres de long et de 5 millimètres de large, non adhérente aux tissus sous-jacents, ni au tendon extenseur.

Le résultat obtenu chez ce jeune homme est des plus remarquables. Lorsque je vis la suppuration envahir la plaie, non-seulement je craignais pour l'avenir des adhérences cicatricielles avec le tendon, mais encore un défaut de réunion des deux bouts du tendon. Heureusement, mes craintes ne se sont pas réalisées, et je crois que l'immobilité absolue dans laquelle j'ai maintenu le membre pendant toute la durée de la cure n'a pas été étrangère à ce résultat.

OBS. IV. — *Section des tendons extenseurs du petit doigt et de l'annulaire. Suppuration. Guérison.*

Halbout, âgé de 42 ans, entre à l'hôpital de Lisieux, le 29 novembre 1873.

Cet homme, en travaillant dans une scierie, a eu la main gauche atteinte par une scie circulaire et nous constatons la blessure suivante:

A partir du bord cubital de la main, existe une plaie contuse perpendiculaire à ce bord et s'étendant transversalement sur le dos de la main jusqu'au niveau du tendon extérieur du médius. Cette plaie, située à 1 centimètre au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt, comprend au niveau du bord cubital toute l'épaisseur des parties molles. La tête du 5e métacarpien a été intéressée et l'articulation métacarpo-phalangienne ouverte. Le 4e métacarpien est intact ainsi que son articulation métacarpo-phalangienne, mais les tendons extenseurs de l'annulaire et du petit doigt sont divisés complétement et ces deux doigts restent fléchis dans la paume de la main. Les extrémités des tendons déchiquetées sont réunies chacune avec un fil d'argent, la partie externe de la plaie est réunie par deux points de suture. Pansement à l'alcool. La main est placée dans l'extension sur une palette et immobilisée avec une bande.

Les jours suivants la plaie suppure ; un abcès se forme le long du 5e métacarpien et est ouvert, néanmoins les fils métalliques ne tombent pas, et le 13 décembre le malade quitte l'hôpital pour achever de se guérir chez lui, où ses affaires l'appellent. La partie externe de la plaie n'a pas tardé à se guérir, mais la partie interne a suppuré longtemps, deux petits fragments de la tête du 5e métacarpien ont été éliminés, enfin au bout de 5 mois la plaie s'est cicatrisée. Aujourd'hui, 15 juillet 1875, c'est-à-dire plus de 18 mois après l'accident, le blessé est dans l'état suivant :

A la partie interne de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt, existe une cicatrice fortement déprimée et adhérente qui se continue avec une cicatrice linéaire, transversale, située sur la face dorsale de la main, qui se termine au niveau du tendon extenseur du médius. Cette cicatrice n'est pas adhérente aux tendons, que l'on sent glisser au-dessous d'elle. L'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt est ankylosée et immobile, mais les deuxième et troisième phalanges du petit doigt sont mobiles et le mouvement d'extension de ces phalanges se fait facilement. Dans ce mouvement, on sent le tendon extenseur se détendre sous la peau. Les mouvements de l'annulaire sont normaux et l'extension se fait complétement.

Nous avions ici affaire non plus à une plaie nette faite par un instrument tranchant, mais à une plaie contuse, déchirée par des dents de scie. Les tendons extenseurs divisés ont été rapprochés à l'aide d'une suture métallique et nous avons obtenu, malgré toutes ces circonstances défavorables, malgré la suppuration de la plaie, une réunion des tendons sans adhérences à la cicatrice cutanée; pour le tendon de l'annulaire, le doute n'est pas possible; quant au tendon extenseur du petit doigt, il n'adhère pas au tissu de cicatrice puisque, malgré l'ankylose de l'articulation métacarpo-phalangienne, il peut produire l'extension de la deuxième et de la troisième phalanges et, dans ce mouvement, on le sent glisser sous la cicatrice cutanée, qui ne lui adhère pas.

Ainsi dans les quatre observations que nous venons de citer, que la réunion de la plaie ait eu lieu par première intention ou après une suppuration plus ou moins longue, jamais il n'y a eu aucune adhérence entre la cicatrice cutanée et le tendon, et toujours ce dernier a recouvré l'intégrité de ses fonctions.

Ce résultat est-il la règle ? Est-il l'exception ? Ai-je eu une de ces séries heureuses comme on en a quelquefois en chirurgie et dont il faut se hâter de profiter ? Je l'ignore. Ce que je puis affirmer, c'est la parfaite exactitude des faits que j'ai rapportés et que M. Tillaux a constatés lui-même. En les analysant je me demande quelle peut être la cause de ces succès ? Faut-il les attribuer à ce qu'en pratiquant la suture j'ai toujours eu bien soin de ne comprendre que le tendon dans l'anse métallique, ou bien à l'immobilité absolue dans laquelle j'ai maintenu le membre pendant cinq à six semaines dans les cas de réunion par première intention, et jusqu'à complète cicatrisation dans les cas où la plaie a suppuré. Je serais porté à croire que l'ensemble de ces diverses précautions n'a pas été étranger aux résultats obtenus.

Il est une particularité que je ne saurais passer sous silence. Dans les trois premières observations, le fil métallique est resté fixé aux tendons encore à l'heure qu'il est. Pour les deux cas où il y a eu réunion de la plaie extérieure par première intention, il ne saurait y avoir de doute. Dans l'observation III, la plaie ayant suppuré, on peut objecter que le fil a passé inaperçu, entraîné par la suppuration ; mais ayant fait moi-même tous les jours le pansement jusqu'à cicatrisation complète, avec la pensée que la ligature se détacherait, et ne l'ayant jamais trouvée dans le pansement, j'en ai conclu qu'elle était restée adhérente au tendon comme dans les deux cas précédents. Quant à l'observation IV, j'ai quelques raisons pour penser qu'il en a été de même ; mais n'ayant pas fait tous les pansements, je ne puis faire rentrer ce cas dans la catégorie des trois autres.

La persistance et l'innocuité d'une ligature métallique dans les tissus n'est pas un fait extraordinaire, cependant, quoique bien certain de l'exactitude de mon observation ; il n'était pas inutile d'en donner la démonstration anatomique ; dans ce but j'ai fait l'expérience suivante :

Expérience.—Le 4 janvier 1876, sur une chienne de taille moyenne, je mis à nu, par une incision longitudinale, le double tendon qui répond au tendon d'Achille chez l'homme (le perforé et le perforant). Après l'avoir divisé transversalement avec un bistouri, je réunis ses deux extrémités à l'aide d'un fil métallique dont les deux chefs furent coupés au ras de leur point de torsion ; puis les lèvres de la plaie cu-

tanée furent rapprochées exactement avec des sutures métalliques. La chienne fut ensuite portée dans sa loge et mise à la chaîne.

Les lèvres de la plaie se réunirent sans suppurer, et pendant près de six semaines l'animal ne s'appuya pas sur sa patte pour marcher.

Au commencement de mars, la chienne marche parfaitement, et on ne remarque dans la marche et dans les sauts qu'elle fait aucune différence entre le membre opéré et celui qui ne l'a pas été. La peau n'est pas adhérente, elle glisse facilement sur le tendon, qui est un peu plus volumineux au niveau de la suture.

Le 6 mars l'animal est sacrifié.

Dissection. — Le tendon n'est pas adhérent à la peau qui glisse sur lui comme à l'état normal et en est séparée par du tissu cellulaire lamelleux.

Le tendon présente un aspect fusiforme et le maximum de son renflement, qui est environ la moitié en plus de son volume normal, correspond au point où la suture a été appliquée. Pressé entre les doigts, il paraît homogène, rond, on ne sent aucune suture métallique. Incisé dans toute sa longueur, on trouve la suture métallique perdue comme au milieu d'une gangue tendineuse qui se confond avec le tissu même du tendon.

Il est bien probable que chez mes malades les choses se sont passées exactement comme chez ce chien. Le soin que j'ai pris de couper les deux chefs de la ligature au ras du point de torsion de manière à empêcher qu'ils soient une cause d'irritation, a dû contribuer à ce résultat.

En résumé il reste démontré:

1° Que les tendons extenseurs des doigts rapprochés exactement par une suture métallique peuvent se réunir sans adhérer au tissu cicatriciel voisin et recouvrer l'intégrité de leurs fonctions, soit que les parties molles environnantes se réunissent par première intention, soit qu'elles deviennent le siége d'une suppuration plus ou moins prolongée.

2° Pour atteindre ce but il faut ne comprendre que le tendon dans la suture métallique, placer le membre dans l'immobilité et dans une position convenable, enfin pratiquer la section des chefs de la ligature au ras du point de torsion.

Discussion.

M. Terrier. Au début de sa communication, M. Notta a cité les termes que j'avais employés devant la Société lorsque je disais que je ne comprenais pas comment le tendon pouvait ne pas contracter d'adhérence à la peau, la plaie se trouvant exposée au contact de l'air. Je comprendrais encore ce défaut d'adhérence dans

les trois premiers cas, où le fil d'argent n'a pas été éliminé ; mais du moment où la plaie suppure, l'adhérence devrait unir le tendon aux parties profondes.

Les expériences faites sur le chien ne me convaincraient pas totalement, car on sait que cet animal tolère mieux que l'homme les traumatismes ; le cheval a plus de ressemblance avec l'espèce humaine au point de vue de la facilité avec laquelle il suppure.

M. Notta. Je comprends très-bien la surprise de M. Terrier, je l'ai éprouvée moi-même; mais ces faits sont incontestables ; j'ai du reste montré mon malade à M. Tillaux.

M. Tillaux. J'ai été très-frappé du résultat obtenu par M. Notta, je ne puis que répéter que j'ai constaté la non-adhérence à la peau.

M. Terrier. Je voudrais seulement demander quel est le malade qui a été vu par M. Tillaux.

M. Notta. C'est le malade qui fait le sujet de ma IIIe observation ; la suppuration s'est montrée 24 heures après l'opération et a duré 6 semaines ; quant au n° 4 il n'y a eu ni suppuration ni élimination de la suture, j'ai du reste perdu de vue ce malade.

Rapports.

Rapport sur un cas de hernie ventrale étranglée rapporté par M. Daniel Mollière, par M. Delens.

Messieurs,

Mon rapport se bornera à faire quelques réserves au sujet du siége anatomique de l'étranglement et des conséquenees qu'en a tirées M. Mollière. L'examen anatomique n'a pu être fait et, bien que les arguments invoqués par le chirurgien lyonnais me paraissent probants, bien que les données anatomiques qu'il invoque me paraissent exactes, la Société comprendra que de nouveaux faits sont nécessaires pour établir nettement une nouvelle variété de hernie, dénommée hernie de la ligne semi-lunaire par M. Mollière.

Note sur un cas de hernie ventrale (de la ligne semi-lunaire) étranglée et guérie par la kélotomie,

par M. Daniel Mollière, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Observation. — La nommée Marie M..., âgée de 39 ans, exerçant la profession de tisseuse, fut admise dans mon service le 14 juillet 1876.

C'est une femme fortement constituée et dont la santé est habituellement excellente. Elle a eu deux accouchements à terme, le premier il y a 15 ans, et une fausse couche il y a 3 ans. Elle aurait eu à la suite de cet accident un phlegmon des parois abdominales, phlegmon qui dura fort longtemps, nous dit-elle, et se termina par suppuration et ouverture spontanée. On voit en effet plusieurs cicatrices au niveau de la région sous-ombilicale, cicatrices en forme d'ombilic, déprimées et adhérant profondément aux parties profondes.

La malade jouissait donc d'une santé parfaite, lorsque quatre jours environ avant son entrée à l'hôpital et sans cause appréciable, elle ressentit de vives douleurs dans une tumeur indolente et réductible qu'elle avait vu se développer depuis sa fausse couche vers la partie inférieure de son abdomen. Cette tumeur devint en même temps irréductible et tendue, puis survinrent des vomissements et quelques coliques. Malgré ces accidents, notre patiente pendant deux jours encore put vaquer à ses occupations. Mais au bout de ce temps elle fut prise de vomissements jaunâtres et fétides se succédant avec une telle fréquence que la malade fit appeler le Dr Branche. Celui-ci diagnostica une hernie ventrale étranglée et l'engagea à entrer à l'hôpital. Elle y fut admise le 14 juillet vers 4 heures du soir, le quatrième jour à partir du début des accidents d'étranglement.

Les vomissements étaient incessants, fécaloïdes. Il n'y avait pas eu de selles depuis le début.

En examinant la malade je trouvai, à gauche du niveau du tiers interne d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, une tumeur ovoïde, du volume d'un œuf de poule, mal limitée vers sa base, douloureuse et rénitente. La peau qui la recouvrait était rouge, œdémateuse comme à la surface d'un phlegmon. L'abdomen n'était cependant pas extrêmement ballonné.

Portant alors le diagnostic de hernie ventrale étranglée, séance tenante je procède à la kélotomie, le 14 juillet, à 8 heures du soir, l'inflammation des tissus superficiels me paraissant contre-indiquer toute tentative de taxis.

Opération. — *Anesthésie par l'éther.* — Une incision transversale, divisant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané me conduisit sur *un premier sac herniaire* à parois minces et transparentes. Je l'ouvris; il ne contenait qu'un petit peloton épiploïque et un pincement intestinal du volume d'une noisette. Avec le doigt je cherchai le collet de ce sac; c'était un orifice étroit à bords minces et tranchants. Je déchirai ce rebord avec l'ongle et, conduisant mon index plus profondément, je pénétrais dans un deuxième sac, beaucoup plus vaste et dans lequel se trouvait une anse intestinale violacée, très-étroitement étranglée, et une certaine quantité d'épiploon.

Ce sac avait pour orifice un anneau fibreux anormal, très-étroit et qui fut débridé en dedans et en haut, à l'aide d'un bistouri boutonné dirigé sur le doigt. Autant que j'en ai pu juger, cet orifice était situé au niveau du bord externe du muscle droit.

L'intestin attiré au dehors, pâle en certains points, violacé dans

d'autres, fut soigneusement bassiné avec de l'eau tiède pendant quelques minutes. Sous l'influence de cette manœuvre, la vascularisation s'était régulièrement rétablie dans les régions qui semblaient exsangues de prime abord, je fis la réduction de l'intestin. L'épiploon hernié, long d'environ 10 centimètres fut abandonné dans la plaie. Un tampon d'ouate fut appliqué entre les lèvres de la plaie, et maintenu à l'aide d'une bande assez fortement serrée, afin de maintenir la réduction. Potion avec 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

15 juillet. — Ventre souple, indolent, les vomissements ont cessé. La nuit a été tranquille. Temp. vaginale, 37°. Rétention d'urine. Cathétérisme.

16 juillet. — Le pansement est enlevé. Les bords de la plaie sont légèrement tuméfiés. Temp. 37°. Le ventre est couvert d'une épaisse couche de collodion. Cataplasmes sur la plaie.

Les suites de l'opération furent parfaitement simples, et l'on ne fit pas d'autres pansements que des applications de cataplasmes jusqu'à complète guérison. L'épiploon laissé dans la plaie bourgeonna et finit par oblitérer complétement l'immense sac que j'avais dû ouvrir. La constipation dura jusqu'au 4 août, c'est-à-dire environ 20 jours. Des lavements et des purgatifs amenèrent alors une débâcle. Le 19 août, la malade quitta l'hôpital parfaitement guérie, et le Dr Branche, qui a eu l'occasion de la revoir dans le courant du mois de novembre, m'a dit que sa guérison ne laissait absolument rien à désirer.

En recherchant, dans les auteurs et les recueils périodiques, les faits analogues à celui que je viens de relater, on n'en trouve qu'un très-petit nombre. Les hernies ventrales du segment inférieur de l'abdomen sont en effet fort rares, et leur étranglement ne s'observe que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Ainsi en feuilletant les 22 volumes du *Journal de Malgaigne*, où sont consignées de si nombreuses observations de hernie étranglées, on ne trouve que deux exemples de hernies ventrales, et encore un seul est-il rigoureusement comparable à celui dont on vient de lire les détails; et dans les statistiques reproduites par ce même journal (Prescott Hewet, 36 cas; Poland, 18; Testor, 172; Boyer, 31; Vaucanu, 18, c'est-à-dire un total de 275 hernies étranglées), il n'y a pas une seule observation se rapportant à la variété qui nous occupe [1]. Aussi ai-je cru devoir donner ici l'indication sommaire des quelques observations de hernies ventrales étranglées siégeant au niveau de la ligne semi-lunaire que j'ai pu trouver dans les auteurs :

Observation I. (Garengeot, *Traité des opérations de chirurgie*, t. 1, p. 368, Paris, 1740.) — Cette observation a trait à une opération

[1] J'ai fait également des recherches dans le journal anglais *the Lancet*. Eh bien, de 1844 à 1870 ce recueil pourtant si complet ne contient qu'une seule observation de hernie ventrale étranglée.

pratiquée par Jean-Louis Petit. Malheureusement elle manque de détails. J.-L. Petit pratiqua dans ce cas la kélotomie *sans ouverture du sac*. La guérison fut rapide. La tumeur siégeait un peu au-dessus de l'arcade crurale.

OBSERVATION II. (A. Cooper, *Œuvres chirurgicales*, traduction de Richelot, p. 357.) — Il s'agit dans ce cas d'une hernie étranglée siégeant entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure. On pratiqua la kélotomie, mais on réduisit l'épiploon étranglé. La malade succomba rapidement. Il semble ressortir des détails, du reste fort incomplets, de cette observation que la hernie était exclusivement épiploïque.

OBSERVATION III. (Seutin, in *Journal de Malgaigne*, t. XIII, p. 170, 1853.) — Cette observation se rapproche beaucoup de la nôtre. Elle a trait à un malade de 50 ans qui, ayant reçu vingt ans auparavant un coup de sabre dans le ventre, avait vu se développer au niveau de la cicatrice de cette lésion une hernie. Cette tumeur, située entre l'ombilic et l'épine iliaque, sous l'influence d'un effort devint un jour irréductible. En même temps se manifestaient des accidents d'étranglement. Le malade ne fut opéré que le 4e jour. L'auteur ne donne malheureusement pas de détails sur les couches qui recouvraient la hernie. Elle était antéro-épiploïque. L'étranglement était peu serré; il n'y eut même pas lieu de débrider. L'épiploon fut lié et excisé, et la plaie fut réunie. Malgré un phlegmon de la paroi abdominale, le malade finit par guérir.

OBSERVATION. IV. (Heulard d'Arcy, in *Journal de Malgaigne*, t. XIV, p. 25, 1853.) — Dans ce cas la tumeur apparut pendant un accès de toux chez une femme de 39 ans. Elle avait le volume du poing, était bilobée et située immédiatement au-dessus du ligament de Fallope. Des phénomènes d'étranglement nécessitèrent l'intervention immédiate. La tumeur contenait une anse d'intestin grêle de 18 centimètres et une anse de gros intestin étranglée elle-même par une bride qui divisait en deux orifices les bords irréguliers de cette déchirure. Guérison au bout de 13 jours. Il y avait dans ce cas absence de sac.

OBSERVATION V. (Bruyant, *the Practice of Surgery*, p. 363. Londres, 1872.) — L'auteur raconte en quelques lignes et sans aucun détail un fait analogue au précédent. Une hernie du volume du poing se produisit, dit-il, chez un individu qui était tombé d'une hauteur de 20 pieds sur le manche d'une pompe. Cette hernie s'étrangla et fut réduite sans difficulté par le taxis.

OBSERVATION. VI. (Gosselin, *Leçon sur les hernies abdominales*, p. 470.)— Nous ne faisons que rappeler cette observation bien connue de tous et qui a trait à une hernie développée au niveau de la cicatrice d'une plaie pénétrante. Cette hernie, qui était antéro-épiploïque, fut réduite par le taxis.

OBSERVATION VII. (Theale, *A practical Treatise on abdominal hernia*, 1846, p. 355.) — Il s'agit d'un homme de 69 ans, présentant

les mêmes symptômes que la malade que nous avons opérée. Même situation de la tumeur, à gauche, sur une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. La kélotomie fut pratiquée en juin 1842. L'opérateur dut inciser, après la peau et le tissu cellulaire, l'aponévrose du muscle oblique externe, qui était étalée à la surface de la tumeur. Au-dessous d'elle était le sac, renfermant une anse d'intestin fortement étranglée et de l'épiploon adhérent. Débridement, réduction. L'épiploon est laissé dans la plaie. Une selle copieuse suivit l'opération, mais le malade succomba douze heures après. A l'autopsie, inflammation intense du côlon (?).

Observation VIII. (Henry, *the Lancet*, 1851, t. II, p. 153.) — Elle a trait à un cocher qui entra à Middlesex-Hospital, portant à droite entre la crête iliaque et l'ombilic, mais un peu plus près de ce dernier, une tumeur dure rénitente et douloureuse ayant à peu près le volume d'une orange. Suppression des selles depuis deux jours. (29 ans auparavant, cet homme avait reçu au niveau de cette région un coup de couteau, il y avait eu issue des intestins. Puis, petit à petit, au niveau de la cicatrice s'était développée une petite tumeur qui n'avait amené jusqu'alors aucun accident.)

Reconnaissant les symptômes d'une hernie étranglée, et après avoir vu échouer les moyens de douceur, Henry pratiqua la kélotomie. Après l'incision de la peau (l'aponévrose des muscles et le fascia profond furent incisés sur la sonde cannelée, et une masse considérable d'épiploon adhérente se présenta. Au-dessous d'elle se trouvait une anse intestinale, longue et d'une couleur rouge foncé. Débridement léger sur un anneau très-coupant (*sharp*). Réduction de l'intestin. Abandon dans la plaie de l'épiploon adhérent. Guérison rapide.

Les huit observations que je viens de rappeler ne sont probablement pas les seules qui aient été publiées à ce sujet, car la plupart des auteurs qui ont traité de la hernie ventrale font allusion à des faits analogues. Malheureusement nous ne trouvons dans leurs écrits aucune indication précise, aucun détail anatomique. Aussi je crois inutile de citer ici leurs opinions. Mais il me semble, en étudiant les faits précédents, qu'il y aurait peut-être lieu de distraire du *groupe des hernies ventrales anormales* une *espèce* particulière à laquelle on donnerait le nom de *hernie de la ligne semi-lunaire*.

En effet, c'est très-vraisemblablement ce repli aponévrotique qui dans le cas que j'ai observé était l'agent de l'étranglement. Il en était de même dans les observations VII et VIII. Ne voyons-nous pas, d'autre part, que chez le malade de Henry la hernie, quoique développée au niveau d'une cicatrice ancienne, était pourtant située sous l'aponévrose du muscle oblique, et que pour arriver à la découvrir, le chirurgien dut inciser cet aponévrose et diviser encore un fascia plus profond? Il ne s'agissait donc point

d'une ces hernies par éventration comme celles qui succèdent parfois aux gastrotomies et dont le sac est sous-cutané, mais bien d'une hernie produite lentement en un point affaibli et par un mécanisme analogue à celles des autres régions.

Il est également très-probable que chez la malade que j'ai opérée la hernie n'est venue que tardivement, en écartant les fibres aponévrotiques, faire saillie sous la peau. C'est ce que semblent prouver et l'étranglement qui siégeait au niveau de ces fibres et la capacité considérable [du sac profond comparée à celle du sac superficiel.

Les hernies de la ligne semi-lunaire auraient donc pour siége le tiers interne d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. Leur sac, ou plutôt leur cavité herniaire serait située sous l'aponévrose des muscles transverses. L'agent constricteur en cas d'étranglement devrait donc être recherché au niveau de la ligne semi-lunaire, vers le bord externe du muscle droit. C'est donc à ce niveau, c'est-à-dire en haut et en dedans, que doit se pratiquer le débridement.

Ajouterai-je en terminant que, contrairement à ce qu'avancent quelques auteurs, Theale entre autres, la proportion des guérisons à la suite de la kélotomie pratiquée en pareil cas est assez encourageante, puisque sur 7 opérations nous comptons 5 guérisons et 2 morts.

Discussion.

M. Desprès. Je ne crois pas qu'il soit question, dans ce fait, d'une hernie nouvellement observée : M. Mollière a eu affaire à une hernie interstitielle au niveau du bord externe du muscle droit, à une hernie directe qui s'est étranglée par l'orifice accidentel.

Dans cette hernie, le point faible existe au niveau de l'anneau inguinal externe.

M. Delens. Je ne puis accepter la critique formulée par M. Desprès qui fait de cette hernie une variété de l'inguinale; la région inguinale n'a rien à faire avec le cas que j'ai cité, la tumeur était en effet au voisinage de l'ombilic.

M. Desprès. Je ferai alors une autre objection : si l'hernie était située au voisinage de l'ombilic, on ne peut faire entrer en ligne de compte la cavité de Douglas, qui ne dépasse pas une hauteur de trois travers de doigt au-dessous du pubis.

M. Paulet. J'aurais de la peine à faire du ligament de Douglas

l'agent de l'étranglement : le ligament ne dépasse pas en premier lieu le bord externe du muscle droit, et de plus, il n'y a pas de rebord tranchant capable d'étrangler un intestin hernié.

M. Delens. Je ne veux pas défendre d'une façon absolue le rôle attribué à l'arcade de Douglas, je dirai cependant que la hernie était située sur le bord externe du muscle droit et que cette arcade remonte, suivant certains auteurs, à quelques travers de doigt de l'ombilic. M. Mollière, persuadé qu'il avait affaire au ligament de Douglas, a débridé en haut et en dedans.

Je suis d'avis, du reste, qu'on n'accepte l'opinion émise par l'auteur que sous la réserve d'une confirmation ultérieure.

Présentation de pièces.

Dystocie causée par une hydrocéphalie,

par M. Polaillon.

Le 23 février dernier, à onze heures et demie du soir, je suis appelé à l'hôpital Beaujon pour terminer un accouchement.

Il s'agissait d'une femme d'environ 25 ans qui avait déjà eu un accouchement spontané. On n'a pas d'autres renseignements sur cette première couche, ni sur l'enfant qui est né à cette époque. On n'a pas de renseignements non plus sur les phénomènes de la dernière grossesse.

Cette femme est grande et bien conformée. Elle est en proie à des spasmes et à des tremblements nerveux. Elle ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. La peau est froide; son pouls faible, mais régulier. Des mucosités exhalant une odeur de putréfaction s'écoulent des parties génitales. Des selles diarrhéiques très-fétides sont survenues depuis quelques heures. Les contractions utérines sont faibles. Le ventre est volumineux, mais ne présente rien de spécial dans sa forme. On peut soupçonner une lésion de la matrice.

J'apprends que le travail dure depuis plus de 24 heures, que l'accouchement ne se terminant pas on a appliqué plusieurs fois le forceps, qu'on a exercé sans résultat des tractions considérables, et que l'état de la malade étant devenu très-grave on m'avait fait appeler.

Il y avait, en effet, urgence de délivrer cette femme le plus promptement possible. Mais quelle était la cause de ce dystocie ? Le toucher vaginal me l'apprit bientôt. On arrivait sur des espaces membraneux très-larges, séparant des pièces osseuses mobiles, lesquelles présentaient un rebord mince qui ne peut appartenir qu'à des os du crâne. Il s'agissait donc d'une présentation de la tête, et cette tête était augmentée de volume par l'hydrocéphalie.

Le diagnostic était des plus évidents. Mais comme l'hydrocéphalie

ne se rencontre guère qu'une fois sur trois mille accouchements, on ne pense pas à cette cause de dystocie et on la méconnaît.

Une hydrocéphale, probablement très-volumineuse, était donc l'obstacle à l'accouchement.

D'après la palpation, le sommet se présentait en position O. S. G. A. et la tête appuyait sur le détroit supérieur.

Les battements cardiaques du fœtus ne s'entendaient plus depuis plusieurs heures.

Je me hâtai d'appliquer un forceps de Stoltz, dont le bord postérieur des cuillers était perforé et portait des liens tracteurs, afin de tirer plus exactement dans l'axe du bassin. L'application du forceps fut assez facile. Mais l'écartement considérable des cuillers indiquait que l'extraction était impossible, à moins d'évacuer le liquide de l'hydrocéphale. Si l'enfant avait été vivant, j'aurais fait cette évacuation avec un fin trocart, enfoncé peu profondément afin de ne pas léser le cerveau ; mais ayant la certitude que l'enfant avait cessé de vivre, je me suis servi du perforateur de Blot, que j'ai indroduit entre les cuillers du forceps et que j'ai fait pénétrer au niveau d'une des larges sutures. Immédiatement un flot de liquide transparent fit irruption. Le crâne en partie vidé permit le rapprochement des cuillers du forceps. Quelques tractions modérées, exercées autant que possible dans l'axe du détroit supérieur par l'intermédiaire des liens tracteurs, amenèrent facilement la tête à la vulve. Le dégagement fut ensuite opéré sans difficulté. Pendant l'extraction une certaine quantité de matière cérébrale s'échappa par l'ouverture de la perforation.

L'enfant était développé comme un fœtus à terme. Il ne présentait aucun vice de conformation. Il était mort depuis plusieurs heures, mais n'était pas macéré. Le cuir chevelu présentait au niveau de la fontanelle antérieure un commencement de putréfaction. Le frontal gauche était fracturé.

Je mets sous les yeux de la Société cette tête défigurée et desséchée. Elle représente une des hydrocéphales congénitales les plus volumineuses que l'on connaisse. Pour avoir une idée exacte de la capacité du crâne, j'ai enlevé toute la masse encéphalique, j'ai rempli la cavité crânienne d'eau, de manière à redonner à la tête son volume naturel, et j'ai pesé cette quantité d'eau avec soin. J'ai trouvé 1,190 grammes, c'est-à-dire le poids moyen du cerveau d'un adulte.

Après l'opération, qui a été prompte et facile, l'état alarmant ne s'améliora pas. Elle succomba le jour suivant. L'autopsie fut faite. On m'a appris qu'on avait trouvé une déchirure fissurique sur la partie antérieure du col de l'utérus.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire,
CRUVEILHIER.

Séance du 25 avril.

Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger ;

2° Les *mémoires et bulletins de la Société de médecine et de chirurgie* de Bordeaux pour 1876.

3° M. Lefort écrit pour demander à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire.

4° M. Verneuil communique, de la part de l'auteur, une brochure intitulée : *Les fistules vésico-vaginales et leur traitement*, par M. Amabile, de Naples, avec une notice bibliographique, par M. Bouqué, de Gand.

A propos du procès-verbal.

M. VERNEUIL. J'ai remis il y a quelque temps à la Société, au nom de M. Amabile, de Naples, un Traité relatif à la fistule vésico-vaginale, dans lequel cet auteur étudie avec soin la réunion immédiate secondaire. Il se fait en ce moment dans plusieurs contrées de l'Europe, en Belgique, avec MM. Deneffe, Van Vetter, Bouqué, en Italie, avec MM. Rizzoli, Amabile, un mouvement en faveur de ce mode de réunion des plaies. J'ai obtenu moi-même deux guérisons de fistule vésico-vaginale avec et sans suture par la réunion secondaire.

Je crois qu'il est utile que cette question soit portée devant notre Société et qu'elle soit mise ultérieurement à l'ordre du jour.

Le mémoire de M. Bouqué, de Gand, est une analyse suivie de réflexions du Traité de M. Amabile.

M. le président annonce à la Société que M. Duboué, de Pau, membre correspondant, assiste à la séance.

Rapports.

Du cathétérisme œsophagien, par M. Chassagny, de Lyon,
par M. Félix Guyon.

Messieurs,

N'ayant pu contrôler par moi-même les conclusions du travail de M. Chassagny, j'ai préféré vous exposer simplement les points principaux de sa doctrine.

Je ferai remarquer d'abord que notre confrère s'adresse surtout aux cas d'œsophagisme, de spasme œsophagien plutôt qu'aux rétrécissements proprement dits. Ceci posé, je vous présente les olives modifiées que M. Chassagny substitue aux olives ordinaires. Ces olives sont aplaties, elles sont de plus flexibles.

La raison de la forme aplatie est l'obstacle qu'oppose le larynx à l'introduction des olives dont les deux diamètres sont égaux. M. Chassagny a observé que, dès que l'on introduisait une olive un peu volumineuse, le larynx se déviait du côté droit, et que, si l'on fixait le cartilage thyroïde, la même olive était arrêtée; il a remarqué, de plus, qu'en diminuant un des diamètres et en augmentant l'autre, on pouvait faire passer une olive bien plus volumineuse.

Je répète que je n'ai pas d'expérience personnelle, mais que je tiens à vous faire connaître un travail ingénieux, dû à un esprit habitué à lutter contre les difficultés mécaniques de l'instrumentation.

Je vous prierai, de plus, de faire figurer ce mémoire dans vos *bulletins*, où il me paraît digne de prendre place.

Discussion.

M. Verneuil. Je suis loin de nier l'intérêt que peut avoir la modification apportée à la forme des olives par M. Chassagny, je trouve seulement que le volume de celles qu'on nous présente est bien exagéré. J'ajouterai qu'à côté du progrès considérable que vient de réaliser l'emploi du cathétérisme sur conducteur, l'invention de M. Chassagny ne serait qu'une adjonction de minime importance.

M. Guyon. J'avoue être de l'avis de M. Verneuil au sujet du volume exagéré des olives, mais je suis sans aucune expérience à ce sujet. Quant au cathétérisme sur conducteur, M. Verneuil a franchi devant moi, à son aide, un retrécissement infranchissable

jusque-là. Quoi qu'il en soit, le travail de M. Chassagny est intéressant à consulter.

Du Cathétérisme œsophagien,

par M. le docteur Chassagny (de Lyon).

La dilatation de l'œsophage par le cathétérisme a pour but d'écarter les obstacles qui s'opposent à la progression du bol alimentaire dans ce conduit.

Em dehors des tumeurs situées dans le voisinage de l'œsophage et dont la compression en diminue indirectement le calibre, ces obstacles intrinsèques sont de deux ordres : les uns consistent en des lésions matérielles qui constituent une barrière mécanique, ce sont des rétrécissements résultant de cicatrices produites par des plaies, des brûlures, ou produits par des engorgements, des tumeurs développées dans l'épaisseur des parois ; les autres sont purement dynamiques ; ce sont des troubles de l'innervation, des spasmes qui diminuent le calibre du conduit par la contracture de ses fibres musculaires. L'obstacle est souvent aussi la conséquence de ces deux ordres de phénomène réunis, et dans la grande majorité des cas c'est de la complication nerveuse que l'on triomphe surtout par le cathétérisme, c'est en la faisant cesser momentanément, comme symptôme, que l'on obtient des succès temporaires dans les cas d'affections organiques, c'est en la détruisant complétement que l'on arrive à une guérison radicale lorsque l'élément nerveux est seul en jeu.

Cette manière d'envisager la question des rétrécissements de l'œsophage est peut-être un peu en dehors des idées généralement admises sur un point, à propos duquel la science est bien loin d'être faite, surtout en ce qui concerne le diagnostic différentiel des diverses variétés de rétrécissements de l'œsophage.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre des rétrécissements organiques résultant de formation de tissu cicatriciel, d'épaississement des différentes tuniques de l'œsophage et du tissu cellulaire qui les unit, et enfin de production de tissus hétéromorphes de différente nature.

Tous aussi admettent l'existence de troubles nerveux s'opposant à la déglutition, de spasmes auxquels on a donné le nom d'œsophagisme ; mais c'est à propos de la fréquence relative de ces deux affections que commencent à s'accentuer les divergences d'opinions. Les uns, et à leur tête il faut placer Trousseau, Velpeau, Béhier, Bouchard, considèrent les rétrécissements organiques comme de beaucoup les plus fréquents ; pour eux l'œsophagisme existe, mais à la condition qu'il n'ait qu'une durée éphémère. Toutes les fois qu'une

dysphagie se prolonge elle doit, disent-ils, s'expliquer par une lésion des tissus diminuant mécaniquement le calibre du canal.

D'autres, au contraire, estiment que l'œsophagisme peut se prolonger indéfiniment et passer à l'état chronique, constituant alors une affection à laquelle ils donnent, vu son caractère de permanence, le nom de rétrécissement spasmodique.

Cette opinion est partagée par Franck, Hufeland, Mondière, Gendron, Verneuil et le plus grand nombre des médecins modernes. Éverard Home cite une observation de rétrécissement spasmodique qui a duré treize ans ; le docteur Albert l'a vu durer huit mois ; le docteur Henri Power en a publié un cas qui, observé dans le service de W. Brinton, fut complétement méconnu et à propos duquel le diagnostic ne fut redressé que par l'autopsie.

Pour moi, je n'hésite pas à me ranger à cette dernière opinion, et je pense qu'en général on a été induit en erreur par l'analogie trompeuse que l'on a cru pouvoir établir entre l'œsophage et l'urèthre. En effet, en dehors des différences symptomatologiques, de la soudaineté de l'invasion, de la rémission plus ou moins fréquente, plus ou moins complète des accidents, il en est d'autres plus radicales qui découlent de l'étiologie, et au nom desquelles on peut dire qu'autant le rétrécissement organique curable est fréquent dans l'urèthre, autant il doit être rare dans l'œsophage. En effet, c'est l'inflammation de l'urèthre qui le plus souvent précède et cause le rétrécissement de ce canal ; or, on sait combien est rare l'œsophagite non traumatique, et d'un autre côté on sait combien est compliqué l'appareil nerveux qui préside aux actes de la déglutition et à quelles multiples causes de perturbation il est exposé, depuis le chagrin profond qui serre la gorge jusqu'à la crise hystérique qui rend la déglutition absolument impossible.

Il est bien entendu que je ne prétends parler que des rétrécissements justiciables du cathétérisme, et que je mets hors de cause les rétrécissements syphilitiques, qui ne peuvent être guéris que par la médication interne, et les rétrécissements cancéreux, qui conduisent fatalement le malade à la mort, et cependant je dis que, dans ces cas, le soulagement momentané qui se produit si souvent au début de la maladie sous l'influence du cathétérisme ne peut se comprendre qu'en admettant que la sonde a pour quelque temps et dans de certaines limites éliminé la complication qui accompagne tous les rétrécissements sans exception.

Les opinions ne sont pas moins partagées lorsqu'il s'agit, dans les cas de rétrécissements organiques bien constatés, d'apprécier la part afférente à l'élément spasmodique. Tandis que cette part est sinon complétement annulée, au moins considérablement amoindrie par les uns, elle prend pour d'autres une importance capitale qui,

suivant moi, ne saurait être mise en doute. En effet, je n'hésite pas à admettre cette loi si magistralement et si justement formulée par Peter : *Tout rétrécissement entraîne le spasme*, vérité que le professeur Verneuil a si bien mise en lumière par l'observation et l'interprétation des faits cliniques relatifs au canal de l'urèthre, dans les rétrécissements duquel il a fait toucher du droit la coexistence du double rétrécissement organique et spasmodique.

Il semblerait qu'en vertu du fameux adage *naturam morborum curationes ostendunt*, toute hésitation sur la nature des rétrécissements de l'œsophage devrait tomber devant l'accord parfait qui s'est établi à propos de leur traitement. De quelque manière qu'ils envisagent la maladie, tous les auteurs sont unanimes pour proclamer l'incontestable utilité du cathétérisme, utilité que l'on admet même et que l'on devrait surtout admettre dans les rétrécissements de nature spasmodique; seulement les divergences reparaissent lorsqu'il s'agit d'interpréter le mode d'action du cathétérisme, et là encore on se laisse induire en erreur par une trompeuse analogie.

Le cathétérisme œsophagien ne saurait en aucune manière être comparé au cathétérisme dilatateur des autres conduits, de l'urèthre, du rectum, des points lacrymaux dans lesquels l'agent dilatateur peut rester à demeure pendant un temps plus ou moins prolongé, pour produire contre les parois de ces conduits une compression excentrique qui a été avec beaucoup de justesse comparée à la pression concentrique exercée avec un bandage sur un membre, sur le tronc, sur une tumeur pour en repousser et pour empêcher l'afflux des liquides qui leur apportent la vie pathologique, en un mot pour en amener la résolution.

Dans l'œsophage, le séjour de la sonde ne peut être que temporaire et l'on ne saurait dans aucun cas compter sur la durée de l'application pour produire un effet compressif et résolutif, et ce n'est certainement pas à un effet de cette nature que l'on peut attribuer l'amélioration obtenue dans l'immense majorité des cas, dès le premier cathétérisme.

On est donc amené par la force des choses à interpréter ce résultat si prompt, si instantané par la cessation plus ou moins complète des spasmes, cessation obtenue au moyen de la distention des fibres musculaires de l'œsophage, c'est donc cette distension qui doit nécessairement devenir l'objectif de tout cathétérisme.

On est ainsi en présence des deux procédés employés pour triompher des résistances des fibres longitudinales ou circulaires d'un muscle, l'extension brusque ou l'extension graduelle de ces fibres.

Pour les raisons que nous venons d'énoncer plus haut l'extension graduelle des fibres circulaires de l'œsophage n'est pas possible, le séjour de la sonde est trop limité ; d'où la nécessité de recourir

dans toutes les limites du possible à l'extension forcée, et par conséquent de donner aux boules de sonde œsophagienne tout le volume que comporte la dilatabilité de l'organe.

Dans l'état actuel de la science les dimensions que l'on peut donner aux olives des cathéters sont loin d'être en rapport avec la dilatabilité de l'œsophage, et l'on ne saurait exagérer ces dimensions sans modifier leur forme, à laquelle le hasard seul a présidé, en dehors de toute considération anatomique et par le fait seul de la facilité plus grande pour l'ouvrier de faire les objets tournés.

Premier aperçu des données anatomiques.

Dans sa région supérieure l'œsophage est en rapport, en arrière avec la colonne vertébrale, en avant avec la face postérieure du larynx, sa dilatation est donc limitée dans le sens antéro-postérieur, et lorsque l'on introduit une des olives classiques, pour peu qu'elle atteigne un diamètre un peu considérable, elle ne saurait pénétrer sans repousser le larynx en avant, en produisant une sensation pénible pour le malade, trompeuse pour le médecin qui, ayant conscience d'une résistance vaincue, ne sait s'il vient de franchir un rétrécissement, ou s'il a dépassé l'obstacle normalement présenté par le cartilage cricoïde.

Première modification de la forme des olives.

Sur les côtés rien ne s'oppose à l'écartement des parois de l'œsophage, la forme du cathéter est donc tracée par la nature, ses dimensions doivent être réduites dans le sens du diamètre antéro-postérieur, elles doivent augmenter dans le sens du diamètre transversal ; en un mot, l'olive classique doit être aplatie, son diamètre antéro-postérieur doit être diminué, on doit augmenter son diamètre transversal.

L'idée de cette modification m'a été inspirée par une malade atteinte d'un rétrécissement de nature évidemment spasmodique, malgré sa longue durée, car il existait encore en 1872 après avoir brusquement débuté le 20 mars 1870.

La malade, qui avait été longtemps soulagée par l'introduction d'olives progressivement grossies, avait fini par voir le cathétérisme augmenter les accidents plutôt que de les diminuer, lorsque j'arrivais à exagérer les dimensions du cathéter.

C'est alors que j'eus l'idée de substituer l'olive aplatie à l'olive cylindrique, et j'obtins d'emblée une introduction plus facile, moins pénible pour la malade, une dilatation beaucoup plus considérable, et enfin un soulagement plus marqué et plus durable après le cathétérisme.

Dans l'emploi des olives cylindriques j'avais dû m'arrêter lorsque

j'atteignis un diamètre 0,023 millimètres, soit une circonférence de 0,069 millimètres, et par le fait seul du changement de forme je pus immédiatement faire passer une olive aplatie d'une circonférence beaucoup plus considérable ; enhardi par la facilité que j'éprouvai à franchir la région du larynx, je ne tardai pas à en augmenter notablement les proportions, et bientôt je pus franchir le rétrécissement avec une nouvelle olive présentant 0,016 millimètres dans son diamètre antéro-postérieur, 0,034 millimètres dans son diamètre transversal, et dont la circonférence enfin n'était pas moindre de 0,087 millimètres, soit 0,018 millimètres, c'est-à-dire un quart de plus que l'olive cylindrique.

Première objection : *Réponse expérimentale.*

Cette modification d'un appareil généralement adopté sans aucune protestation devait nécessairement soulever quelques objections, d'autant plus qu'elle ne s'appuyait que sur des données théoriques et sur un seul fait clinique dont j'avais été le seul témoin. Non-seulement l'existence de ce fait pouvait être contestée par quelques-uns, mais le plus grand nombre, tout en en reconnaissant l'exactitude, ne pouvait en apprécier l'importance. Je me décidai donc à instituer une expérience qui, en reproduisant aussi exactement que possible les rapports anatomiques de l'œsophage et du larynx, tels que je les comprenais alors, répondît à cette objection formulée par notre honorable confrère, le docteur Delore, qui, disait-il, ne pouvait admettre que le cathéter n'eût pas une forme cylindrique analogue à celle du canal qu'il doit parcourir ; cette expérience devait démontrer péremptoirement qu'en pratique il ne faut pas tenir compte de la forme intrinsèque de ce canal, mais bien de celle qui lui est imposée par ses rapports de voisinage.

Cet appareil expérimental se compose d'une petite planchette allongée correspondant à la colonne vertébrale, au-devant est un canal en soie représentant le pharynx et l'œsophage ; ce canal est formé de deux doubles d'étoffe de soie, entre lesquels sont placés des anneaux de caoutchouc destinés à reproduire l'extensibilité de l'organe naturel. Au-devant de cet œsophage est placé un larynx en bois maintenu dans ses rapports par une bande de caoutchouc qui se tend et résiste lorsque l'on veut exagérer l'espace ménagé entre l'œsophage et le larynx.

Dans ces conditions, si l'on fait passer l'olive cylindrique de 0,023 millimètres de diamètre, on éprouve une résistance assez considérable, et elle ne dépasse le niveau du cartilage cricoïde qu'en portant fortement le larynx en avant et en donnant une sensation très-manifeste de résistance vaincue ; si à cette olive cylin-

drique on substitue l'olive aplatie dont le diamètre antéro-postérieur n'a que 0,016 millimètres et dont la circonférence, par le fait de l'augmentation du diamètre transversal, dépasse d'un quart celle de la boule cylindrique, la résistance est infiniment moins considérable et la projection du larynx en avant est beaucoup moins prononcée ; avec la première olive il faut, pour franchir l'obstacle, exercer une pression de 2,970 grammes, tandis qu'avec la seconde il est franchi avec une pression de 2,340 grammes, soit 630 grammes en moins.

Seconde objection : *Véritables données anatomiques ; nouvelles expériences.*

Cette expérience s'est heurtée contre une objection des plus sérieuses : notre honorable et savant confrère le docteur Desgranges m'a fait observer que les conditions dans lesquelles j'ai placé mon larynx artificiel ne sont pas les mêmes que celles qui président à l'assujétissement du larynx naturel. D'après M. Desgranges, cet organe n'est pas tenu en place par un muscle circulaire, mais bien par des plans musculaires verticaux, par les muscles de la région sus et sous-hyoïdienne placés sur le même plan et ne pouvant, par conséquent, exercer sur lui une pression comparable à celle de la bande de caoutchouc de mon appareil.

Cette objection fut pour moi un trait de lumière, elle me conduisit à examiner de plus près le fait clinique, et je ne tardai pas à me convaincre que, si j'avais été dans le vrai absolu en constatant la difficulté du passage des olives sphériques plus petites, la facilité beaucoup plus grande du passage des olives aplaties beaucoup plus volumineuses, j'avais été dans une erreur complète lorsqu'il s'était agi de l'interprétation du phénomène ; en effet, je pus constater que le larynx ne subissait aucun mouvement de projection en avant et que dans mon expérience, au lieu d'exagérer les obstacles au passage de l'olive cylindrique, je les avais au contraire considérablement atténués, ce qui du reste découle naturellement de l'observation plus complète des données anatomiques ; car s'il est vrai que les muscles sus et sous-hyoïdiens ne peuvent empêcher le larynx de se porter en avant, il faut reconnaître aussi que cet organe est retenu en arrière par des agents actifs, par les muscles stylo-hyoïdiens et omoplat-hyoïdien, et qu'il est encore plus solidement fixé par un agent passif, par l'aponévrose cervicale, longue bande fibreuse, solide, inextensible, étendue du maxillaire au sternum, à laquelle tous les physiologistes assignent le rôle de protéger les conduits aériens, d'empêcher la pression atmosphérique de s'exercer sur eux et d'en amener l'aplatissement pendant les efforts d'inspiration. Or, il est évident qu'un tissu capable de

faire équilibre, d'avant en arrière, à la pression atmosphérique doit opposer des résistances équivalentes, d'arrière en avant, et d'après les données anatomiques on peut se croire autorisé à dire que le larynx est complétement immobilisé dans le sens antéro-postérieur.

En se plaçant à ce nouveau point de vue de l'immobilité absolue du larynx d'avant en arrière, il est évident que l'expérience instituée plus haut donne nécessairement des résultats erronés et qu'elle conduit à une interprétation fausse du phénomène, lequel acquiert alors une gravité bien plus grande que je ne l'avais d'abord supposé.

On franchit la région laryngienne de l'œsophage avec une olive cylindrique de 0,023 millimètres de diamètre, et cependant il n'y a pas 0,023 millimètres entre la colonne vertébrale et la face postérieure du larynx; comment donc s'effectue le passage? Une observation attentive permet de constater qu'au moment de l'engagement de l'olive le larynx se dévie légèrement à droite et que l'olive entraîne du côté opposé la portion de l'œsophage adhérente à la face postérieure du larynx et passe ainsi à gauche de cet organe pour aller rejoindre la partie libre de l'œsophage qui, comme on le sait, n'est pas situé sur la ligne médiane, mais semble avoir été providentiellement placé à gauche pour recevoir non pas des olives de cathéter, mais bien les bols alimentaires volumineux et solides qui auraient échappé à la mastication.

Expériences cadavériques.

Le mécanisme de ce passage de l'olive cylindrique a été constaté sur le cadavre par les expériences suivantes :

1° En passant avec une aiguille courbe un fil dans le ventricule du larynx j'ai pu m'assurer qu'il était impossible, en tirant fortement sur le fil dans une direction perpendiculaire au col, d'entraîner l'organe en avant.

2° L'olive aplatie passe sans difficulté, l'olive cylindrique rencontre une résistance considérable, et lorsqu'elle est engagée, si l'on pénètre jusqu'à elle avec le bistouri on constate qu'elle a échappé au larynx et qu'elle fait à gauche une saillie assez considérable.

3° En plaçant de chaque côté du larynx des pointes de Paris qui vont se fixer dans la colonne vertébrale, on s'oppose à la déviation latérale de l'œsophage, et l'on rend tout à fait impossible le passage de l'olive cylindrique, le canal restant toujours parfaitement perméable à l'olive aplatie.

Modifications de la première expérience.

Toutes ces conditions sont rendues parfaitement sensibles à l'aide de mon expérience primitive modifiée dans le sens de la limite des mouvements du larynx d'arrière en avant. Pour cela j'ai remplacé la bande extensible de caoutchouc par un lien de fil inextensible, j'ai donné à l'œsophage et au larynx la possibilité de se dévier, l'un à droite et l'autre à gauche, et l'on peut voir la reproduction du phénomène dans les mêmes conditions où on l'observe sur le cadavre et sur l'homme vivant.

La nécessité de substituer aux olives cylindriques des olives aplaties étant ainsi démontrée, il me restait à tracer les règles de cette nouvelle opération.

Des règles de l'opération.

Avant le cathétérisme de l'œsophage le diagnostic est loin d'être posé, et le plus souvent c'est le cathétérisme lui-même qui sert à l'établir. Dans la crainte de rencontrer une lésion organique, un état pathologique des tissus qui en aurait diminué l'extensibilité en augmentant leur friabilité, je me garderais bien de passer d'emblée l'olive la plus volumineuse, et tout en restant fidèle à l'idée généralement admise de briser instantanément les résistances musculaires et de pousser la dilatation jusqu'à ses dernières limites, je n'arrive à passer la plus grosse olive qu'après avoir tâté la susceptibilité de l'organe avec des cathéters dont j'augmente progressivement le volume pour arriver rapidement et dans la même séance au plus volumineux.

Le jeu complet auquel je m'étais primitivement arrêté se composait de trois olives : la première avait un diamètre antéro-postérieur de 0,013 millimètres, le diamètre transversal avait 0,022 millimètres, la circonférence était de 0,062 millimètres ; la seconde avait un diamètre antéro-postérieur de 0,013 millimètres, le diamètre transversal avait 0,030 millimètres, la circonférence était de 0,080 millimètres, et la troisième enfin avait les dimensions indiquées plus haut.

La longueur de ces olives était d'environ 0,028 millimètres.

Depuis plus de deux ans je suis, de jour en jour, plus convaincu du bien fondé de ces données théoriques et de l'importance des applications pratiques qui en découlent.

Le cathétérisme m'a toujours paru être plus facilement pratiqué par l'opérateur et mieux supporté par le patient.

Il est vrai que, chez les malades vierges d'autres traitements antérieurs, je manquais de termes précis de comparaison, mais en

jugeant par analogie avec ce que j'avais antérieurement observé, j'ai cru pouvoir constater que l'amélioration était plus promptement obtenue, qu'elle était plus persistante et qu'elle était achetée au prix de moins de douleurs.

Mais ce que l'on peut considérer comme absolument concluant, ce sont deux cas dans lesquels l'action du cathétérisme ordinaire était devenue presque complétement nulle.

Obs. I. — Chez une de ces malades dont j'ai parlé plus haut, le cathétérisme devait être répété tous les cinq ou six jours, et ce n'était qu'à ce prix que madame P... pouvait avaler un peu de bouillon ou quelques aliments demi-liquides, et encore à la condition de procéder avec les plus grandes précautions, dans le calme et le silence le plus absolus, et surtout loin de tout témoin.

Les olives aplaties ont amené rapidement une amélioration tellement persistante que, depuis dix-huit mois, le cathétérisme n'a pas d'autre pratique et que la malade peut se mettre à table en compagnie et, sans trop tenir compte du choix de ses aliments, opérer sans peine la déglutition de bols alimentaires assez volumineux.

Obs. II. — La seconde malade était à peu près dans les mêmes conditions. Avant de demander mes conseils on avait épuisé les ressources du cathétérisme ordinaire, et les olives rondes dont on ne pouvait plus augmenter les dimensions n'amenaient qu'une insignifiante et temporaire amélioration; l'amaigrissement était considérable, le teint cachetique pouvait faire redouter l'existence d'une affection organique.

Pour établir un point de comparaison, je pratiquai le cathétérisme avec les olives cylindriques, et avec beaucoup de peine j'en fis passer une de 23 millimètres de diamètre.

Le lendemain j'employai les olives aplaties et j'arrivai sans peine, dans la même séance, à faire passer les plus forts numéros.

Dès ce jour l'amélioration était déjà très-grande, et après six séances renouvelées tous les deux jours, les trois dernières avec les nouvelles olives dont je parlerai tout à l'heure, la malade pouvait être considérée comme guérie, elle avalait sans difficulté des bols alimentaires assez volumineux; depuis plusieurs mois cette amélioration ne s'est pas démentie, et l'on a vu revenir rapidement l'embonpoint, la fraîcheur du teint et tous les attributs de la santé.

Au point de vue de cette loi physiologique en vertu de laquelle une certaine traction exercée sur les fibres d'un muscle en provoque la contraction, tandis qu'une traction plus intense en amène le relâchement, au point de vue des obstacles créés par les rapports anatomiques du larynx et du pharynx, au point de vue enfin des résul-

tats pratiques, on ne saurait méconnaître l'importance de la modification apportée à la forme des olives œsophagiennes; cependant il est permis d'espérer beaucoup plus encore en adoptant une nouvelle modification tendant à faire disparaître un dernier défaut résultant de la nature même de l'olive et indépendant de sa forme circulaire ou aplatie.

Dernière modification des olives.

Pour franchir l'angle formé par la réunion de la bouche et du pharynx l'olive œsophagienne ne peut avoir qu'une longueur très-restreinte, d'où l'impossibilité de la maintenir dans le rétrécissement. Aussitôt que sa partie moyenne est engagée, elle le franchit malgré tous les efforts que l'opérateur peut faire pour la retenir, et elle n'agit jamais qu'un instant pendant l'introduction et au moment où on la retire. On opère bien, il est vrai, une très-grande distension des fibres circulaires de l'œsophage, mais cette distension est trop passagère, elle n'a pas le temps nécessaire pour lasser le muscle et en briser la résistance. Il est certain qu'en prolongeant le contact on doit pouvoir diminuer l'intensité de la dilatation, et, au prix de fatigues encore moindres, obtenir les mêmes effets.

Pour atteindre ce but j'ai dû augmenter la longueur de mes olives dans la partie non conique comprise entre les deux extrémités, mais pour cela cette partie moyenne a dû devenir flexible afin de s'adapter à la forme curviligne de la région. J'ai obtenu cette flexibilité au moyen d'un fil métallique roulé en spirale sur un mandrin aplati de la forme et des dimensions correspondantes aux olives rigides. On constitue ainsi un tuble flexible aux extrémités duquel on fixe, soit avec des vis, soit par une soudure, les parties coniques qui doivent faciliter l'entrée et la sortie; un fil flexible logé à l'intérieur du tube réunit entre elles ces deux extrémités pour empêcher l'écartement des spires.

Cette idée a été parfaitement comprise et magistralement exécutée par M. Colin. La série des olives confectionnées par cet habile fabricant se compose de quatre numéros: la première a 5 centimètres de circonférence, la seconde en a 6, la troisième en a 7et la quatrième en a 8; son grand diamètre est de 33 millimètres, le petit a 14 millimètres.

A volume égal l'introduction de ces nouvelles olives est beaucoup plus facile que celle des olives rigides de même forme, les malades peuvent en supporter la présence pendant plusieurs minutes. On obtient ainsi un résultat beaucoup plus prompt dans les rétrécissements spasmodiques, on peut de plus les appliquer au traitement des rétrécissements organiques, et tout en se conformant aux pré-

ceptes si bien posés par le professeur Bouchard, faire bénéficier les malades des avantages résultant de la modification de la forme.

Rapports.

Spermatorrhée. — Application du réveil électro-médical de M. Minière.

Rapport par M. Verneuil.

Messieurs,

Je suis heureux lorsque, à côté des inventions ingénieuses de médecins illustres ou notoirement connus, je puis apporter à cette tribune une découverte d'un de nos jeunes confrères, comme celle que je vous présente aujourd'hui. Cet ingénieux appareil est dû à un simple étudiant chez lequel le besoin, la nécessité d'être utile à un des siens, a tenu lieu d'un savoir de plus ancienne date.

Au mois d'août dernier, je vous ai présenté et j'ai fait fonctionner devant vous un appareil dont l'idée ingénieuse vous a certainement frappés. Cet appareil, imaginé par un jeune étudiant en médecine, M. Minière, avait pour but de réveiller un malheureux malade atteint de pertes nocturnes précédées d'érection, au moment du début de l'érection et par conséquent avant la perte séminale. Le résultat désiré a été parfaitement atteint, et la spermatorrhée, qui depuis quatorze ans résistait à tous les traitements ordinaires de cette affection et aurait certainement conduit le malade à la folie et peut-être à la mort, la spermatorrhée disparut et le malade était presque guéri au moment de la présentation de l'appareil.

L'appareil lui-même, dont M. Minière nous a donné la description détaillée, se compose essentiellement de deux parties : un anneau et une pile. — L'anneau est formé de deux pièces dont l'une est mobile et recouvre le gland lorsque l'appareil est en place. La verge entre-t-elle en érection, elle soulève alors cette pièce mobile qui vient fermer le courant de la pile, interrompu jusqu'alors ; le courant à son tour met en jeu un timbre qui sonne jusqu'au moment où le malade est réveillé, et où l'érection cesse.

Discussion.

M. Desprès. Ce qui me frappe dans le fait relaté par M. Verneuil, c'est la coïncidence de la spermatorrhée et des érections.

Je ne vois pas bien non plus de quelle façon la guérison a pu s'effectuer.

M. Verneuil. Je n'ai pas voulu abuser des moments de la Société, tous les détails sont consignés dans l'observation ; les deux phénomènes, érection et pollution, étaient connexes.

Quant au mécanisme de la guérison, est-ce par le fait de la cessation des phénomènes d'excitation ? je ne sais ; ce qu'il y a de certain c'est que, à partir du jour où les pollutions ont cessé par le fait du réveil du malade, la santé s'est rétablie. Le fait est réel, l'amélioration aussi ; j'ai reçu dernièrement des nouvelles qui confirment la guérison, qu'une saison au bord de la mer et un hiver passé dans le midi ont consolidée définitivement.

Je donnerai du reste tous les détails que désirera la Société sur ce malade, avec lequel je suis resté en rapport.

M. Panas. Les faits analogues à ceux que M. Verneuil a cités ne sont pas sans précédents. Je tiens de M. Ricord qu'il a obtenu des guérisons par le même procédé, en faisant réveiller les malades lorsque l'érection se prononçait. Les érections surviennent souvent à heure fixe, comme des accès de fièvre intermittente, et en faisant cesser l'érection on coupe court pour ainsi dire à la spermatorrhée.

M. Desprès. Bien que je n'aie pas présents les faits consignés dans Lallemand et Tissot, je sais que ces auteurs, attribuant les érections chez les enfants au décubitus dorsal, conseillent de les déplacer et de mettre ainsi un terme aux pollutions. Je tenais aussi à faire remarquer que les pertes séminales graves ne s'accompagnent plus d'érection au bout d'un certain temps.

Communications.

Spermatorrhée avec érections. — Application du réveil électromédical. — Suppression complète des pollutions, par M. Minière, étudiant en médecine.

M. X..., qui fait l'objet de cette observation, est âgé de 33 ans, sans profession. Originaire des Antilles, où il a contracté des fièvres intermittentes à plusieurs reprises, il a quitté ce pays à 13 ans. Venu en France à cet âge, il a été successivement atteint de la fièvre typhoïde, de rougeole et de plusieurs bronchites. Néanmoins, ses forces physiques s'étaient développées à un haut degré par la gymnastique.

Les fonctions génitales, qui s'éveillent vers l'âge de 15 ans, amènent des pollutions variant de une à deux par quinzaine ; mais ce n'est que vers 19 ans que les troubles nerveux se déclarent avec une intensité presque subite, provoqués par un travail excessif, joint à l'alimentation mauvaise et insuffisante du lycée. Les pollutions nocturnes avec

érection se répètent alors deux, trois et jusqu'à quatre fois par nuit. Elles déterminent une perte complète d'appétit et une débilitation générale, et s'accompagnent d'autres phénomènes nerveux tels que sueurs froides, pleurs sans raison, fatigue extrême après le moindre effort, angoisse et inquiétude indéfinissables, sensation de brûlure très-vive, à la région périnéale, après l'éjaculation.

Notre malade avait alors 20 ans. On le traite pour les pertes séminales, par la cautérisation au nitrate d'argent et par le cathétérisme, sans qu'il en résulte de bénéfice appréciable.

L'emploi du bromure de potassium, qui lui est ordonné, n'est pas plus efficace. On abandonne bientôt ce médicament, que l'estomac du malade ne peut supporter.

L'hydrothérapie n'a pas plus de succès. A la longue cependant, une alimentation substantielle, du repos, des rapports sexuels modérés, amènent une amélioration sensible ; mais les pertes séminales persistent toujours, à des intervalles assez éloignés, il est vrai.

Cet état se maintient ainsi pendant une dizaine d'années, avec des variations assez inégales, amélioré encore quelque peu par un voyage de dix-huit mois dans les Antilles, dont M. X... revient il y a environ deux ans. Mais bientôt, l'influence de l'hiver, des études musicales trop assidues, la cessation presque complète de rapports sexuels, provoquent un redoublement des troubles nerveux. Il survient du fourmillement au pied gauche, des tremblements dans tout le corps, une impressionnabilité telle que le malade ne peut entendre le récit d'un événement dramatique quelconque, une impossibilité absolue d'écrire et de lire. La prostration physique est complète, bien que l'appétit et le sommeil soient constants. Mais il faut dire que ce sommeil est à chaque instant troublé par des érections violentes, quelquefois au nombre de 20 à 25 par nuit, qui se produisent pour peu que le malade soit endormi, le jour comme la nuit : ces érections sont souvent suivies de pertes, même pendant le jour, et quel que soit le décubitus auquel il s'assujettisse. En même temps, le sécrétion urinaire est considérablement augmentée, et l'urine est incolore. On peut remarquer également des accès de salivation, précédés d'une sensation de constriction partant de la région épigastrique et remontant jusqu'à la gorge, et assez semblable à la sensation dite « boule hystérique ».

Ainsi éprouvé, le malade ne veut plus sortir. Il redoute par-dessus tout la solitude, dans la crainte d'un danger inconnu dont il se croit sans cesse menacé ; la conversation même des membres de sa famille lui devient insupportable. Il se désespère sur son sort, et il lui semble qu'il va perdre la raison.

Cet ensemble de troubles dura depuis le mois de février 1875 jusqu'au mois de juin de la même année. Le bromure de potassium et le bromure de camphre avaient été successivement essayés, puis abandonnés, ne pouvant être supportés par l'estomac.

Nous avions observé que l'état du malade avait, pour ainsi dire, une relation intime avec les pertes séminales, c'est-à-dire que tous les

Paris.— Imp. Paul Dupont, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau. (365, 3-77.) *Le Gérant*, MASSON.

phénomènes que nous venons d'énumérer s'exaspéraient à la suite de ces pertes et semblaient au contraire s'atténuer dans leur intervalle; et nous avions constaté, de plus, que ces pertes étaient toujours précédées d'érection. Tous les moyens usités pour combattre ces érections et les arrêter ayant été vainement mis en usage, nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas peut-être là une lacune dans le traitement de ce genre de spermatorrhée, et s'il n'y aurait pas utilité à employer un agent mécanique capable d'avertir le malade, en le réveillant, du moment où l'érection pourrait amener la perte. Nous avons eu tout d'abord l'idée d'un appareil armé d'une pointe, que le malade s'adaptait et qui le réveillait en piquant la verge au moment de sa turgescence. Mais nous n'avons pas tardé, tout en reconnaissant l'efficacité du principe, à abandonner ce procédé imparfait et d'un fonctionnement assez irrégulier.

C'est alors que nous avons pensé à utiliser l'électricité et que nous avons imaginé notre réveil. Le fonctionnement en est d'une régularité parfaite, et, dès sa première application, au mois de juillet 1875, les pertes séminales cessèrent complétement chez notre malade. Lui qui, jusque-là, redoutait le sommeil et ne s'y abandonnait qu'avec terreur, s'y laissa, dès ce jour, aller avec une entière confiance, certain que, surveillé de la manière la plus efficace, le mal ne le surprendrait plus. Aussi, grâce à un sommeil réparateur, il a vu ses troubles nerveux s'amender peu à peu et ses forces commencer du même coup à revenir. On lui conseilla, au mois d'octobre 1875, de prendre des douches; et, un traitement hydrothérapique de plusieurs mois, dans un établissement des mieux dirigés, contribua puissamment à hâter le retour à la santé.

Les érections ne se reproduisaient plus que 2 ou 3 fois par nuit; et, si elles étaient encore parfois et de loin en loin suivies de pertes, c'est que le malade, se sentant plus de force et voulant s'essayer, pour ainsi dire, y mettait une certaine complaisance en ne se servant pas du réveil.

Nous devons dire cependant que si l'impressionnabilité était moindre, et si M. X... pouvait désormais supporter une conversation suivie, il redoutait toujours la solitude, se sentait à peu près incapable du plus faible effort, et persistait à refuser de sortir. C'est dans ces conditions qu'il entreprend, au commencement de juin 1876, un voyage à Paris, où le changement d'air et la distraction améliorent un peu son état. Enfin, un traitement

Au sirop de digitale................	100 grammes.
Au sirop de pointes d'asperges......	100
Au bromure de potassium..........	20

à raison de 3 cuillerées à soupe par jour, dont une avant chaque repas, que le malade suspend par intervalles, lorsqu'il se sent l'estomac fatigué, amène les résultats les plus heureux.

Ajoutons que l'hydrothérapie n'a jamais été abandonnée.

Quant au réveil électro-médical, il continue d'être appliqué chaque nuit, toujours avec le même succès.

Aujourd'hui, M. X..., qui a recouvré toute sa gaieté, reprend avec plaisir le cours de la vie ordinaire; il ne redoute plus la solitude, sort seul, lit et écrit, sans la moindre fatigue, il est vrai peu de temps. Une certaine faiblesse de la tête et quelques érections, seulement pendant la nuit, persistent malgré tout, mais ces érections sont plutôt physiologiques que pathologiques, les rapports sexuels n'ayant pas encore été repris. Peut-être cependant faudrait-il admettre l'influence d'une inflammation chronique de la prostate.

Quoi qu'il en soit, M. X..., entièrement rassuré sur son état, voit sa guérison prochaine.

Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — Phénomènes thoraciques. — Phlegmatia alba dolens des deux membres abdominaux. — Ovariotomie. — Ablation des deux ovaires. — Guérison,

par MM. Verneuil et Terrier.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous communiquer, au nom de M. le professeur Verneuil et en mon nom, une observation très-intéressante d'ovariotomie double suivie de guérison et du rétablissemont de l'hémorrhagie menstruelle. Voici ce fait :

Madame D..., 36 ans, d'une bonne santé habituelle, mère de deux enfants, s'aperçut, en mai 1874, que son ventre présentait à gauche une tuméfaction appréciable ; au mois d'août suivant, la tumeur avait à peu près le volume d'une tête de fœtus à terme et ne paraissait pas mobile dans le ventre. Il y avait déjà un peu de malaise, des coliques, et surtout une grande fatigue. La tumeur grossit rapidement et cela malgré l'usage répété des purgatifs drastiques, qui n'eurent d'autre effet que d'affaiblir la malade et de déterminer un amaigrissement rapide.

En février 1875, la tuméfaction du ventre était énorme, la faiblesse, l'inappétence et l'amaigrissement très-accusés; enfiu, la respiration était très-gênée. Uno bronchite intense qui survint vers cette époque, accrut considérablemen la dyspnée et madame D..., qui habitait Tarbes, se décida à venir se faire soigner à Paris.

Le 25 mars 1875, la malade consulta mon collègue et ami le Dr Rigal, qui m'a communiqué les notes prises par lui à cette époque :

« L'abdomen est distendu au plus haut degré, on y perçoit une sensation de flot qui se transmet d'un flanc à l'autre ; matité complète dans toute l'étendue de l'abdomen, excepté à l'épigastre et au niveau du rebord des côtes ; la ligne de matité offrait une convexité supérieure. Vers la fosse iliaque et le flanc gauche, on sent une tumeur élastique assez résistante, de la grosseur des deux poings. L'utérus est sain, par le toucher vaginal on ne constate la présence d'aucune tumeur dans le petit bassin.

« La dyspnée est considérable, la toux assez fréquente ; à l'auscultation, on perçoit quelques râles muqueux et sibilants disséminés dans

les deux bases. De plus, sous la clavicule droite et dans la fosse sus-épineuse du même côté, il existe un foyer de râles muqueux plus fins et plus abondants, et dans ces mêmes points, une légère submatité.

« L'état général est très-mauvais, l'amaigrissement et la faiblesse sont extrêmes ; la malade peut à peine se retourner dans son lit. L'appétit est presque nul, les digestions sont laborieuses, la constipation est habituelle.

« L'encéphale, le foie, la rate et les reins ne paraissent être le siége d'aucun trouble.

« Le diagnostic porté fut : kystes multiples de l'ovaire gauche, dont un très-volumineux et un second peu développé ; bronchite généralisée assez légère, mais bronchite localisée dans le sommet droit avec submatité symptômatique d'un état congestif du poumon, par suite, soupçon de tuberculose commençante. »

Le professeur Verneuil, appelé en consultation, le 30 mars, confirma le diagnostic, il fit à droite une ponction avec un gros trocart et ne put retirer qu'une cuillerée d'un liquide gélatineux.

Le 3 avril, sans cause appréciable, survint une pneumonie franche occupant le lobe moyen du poumon droit ; cette affection, après avoir présenté les signes classiques : frisson unique, expectoration sucre d'orge, râles crépitants, souffle tubaire, entra en résolution le 7e jour. En même temps que la pneumonie, disparurent les phénomènes de bronchite signalés précédemment, surtout dans le sommet du poumon droit.

A la suite de cette affection thoracique, la malade continua à s'affaiblir, il survint de l'œdème des jambes; enfin, l'abdomen offrait un énorme développement (115 centimètres de circonférence) et la respiration était fort gênée.

Ce fut alors que je vis madame D... avec le Dr Rigal, et pour remédier au plus vite à l'état asphyxique, je crus qu'il était indiqué de tenter une nouvelle ponction du kyste, qui offrait une poche volumineuse. A cet effet, je pensai à l'emploi d'un gros trocart et de l'aspirateur construit par M. Guéride.

Le professeur Verneuil partagea cette manière de voir et une seconde ponction fut faite le 11 mai, dans les conditions mentionnées plus haut ; on put retirer 18 litres d'un liquide brun clair, très-épais et filant. Cette ponction fut suivie de douleurs abdominales assez vives, sans vomissements ; la faiblesse fut extrême pendant trois jours ; toutefois, la respiration étant plus facile, la malade fut bientôt très-soulagée.

Cette amélioration persista jusqu'au 18 mai, l'alimentation était toujours difficile, de plus, le liquide du kyste se reproduisait ; d'ailleurs, à la suite de cette deuxième ponction, le ventre n'était pas revenu à son état normal et il y restait encore une tumeur volumineuse, paraissant formée d'une foule de petites poches.

C'est dans cet état de faiblesse extrême que survint, le 18 mai, un œdème douloureux du membre inférieur droit, œdème dû manifestement à une thrombose de la veine fémorale. Celle-ci formait au pli de

l'aine un cordon dur que l'on percevait très-facilement par le palper. Onctions avec un liniment belladoné et chloroformé, enveloppement du membre avec de l'ouate.

Huit jours après, le 26 mai, le membre inférieur gauche se prit à son tour et devint le siége d'une phlegmatia alba dolens, seulement l'œdème et la douleur étaient moindres que du côté droit.

Pour combattre autant que possible cet état de cachexie et réveiller un peu les fonctions digestives, la malade fut transportée à la campagne le 28 mai.

Pendant tout le mois de juin, les phénomènes dus à la thrombose des veines crurales allèrent en s'atténuant; les douleurs s'apaisèrent d'abord et cessèrent vers le 15 juin; l'œdème diminua peu à peu et à la fin de juin, il n'existait plus qu'à un faible degré, bien qu'il fût encore très-appréciable. Malgré cette amélioration du côté des membres inférieurs, l'état du ventre s'aggravait, et le 6 juillet, c'est-à-dire moins de deux mois après la seconde ponction, le volume du kyste était redevenu ce qu'il était jadis. La respiration entravée de nouveau était anxieuse; l'alimentation toujours insuffisante, déterminait des douleurs d'estomac, des nausées, des vomissements. Il y eut même une crise douloureuse avec vomissements bilieux qui dura deux jours et fut améliorée par l'application d'un vésicatoire à l'épigastre.

« Enfin, dit le Dr Rigal, la malade pâle, décharnée, les yeux en« foncés dans les orbites, en proie à une dyspnée énorme, présentait « presque tous les soirs un mouvement fébrile et ne paraissait avoir « que quelques jours à vivre. »

C'est dans cet état grave et pour ne pas priver madame D... de la seule chance de salut qui lui restait qu'on se résolut à pratiquer l'ovariotomie.

Je fus chargé par M. le professeur Verneuil de préparer tout ce qu'il fallait pour faire l'opération; j'examinai la malade encore une fois pour m'assurer de la mobilité de l'utérus, dont le col était dirigé en arrière et à droite, le fond étant dévié à gauche.

Opération. — L'ovariotomie fut faite le 6 juillet 1875, par le professeur Verneuil, assisté de MM. les Drs S. Duplay, A. Thévenot, A. Rigal, F. Terrier et Belon.

Incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche, partant de 2 centimètres au-dessous de l'ombilic et s'arrêtant à 5 centimètres au-dessus du pubis. Cette incision est faite couches par couches, des pinces hémostatiques sont placées sur les vaisseaux ouverts, enfin le péritoine est sectionné sur la sonde cannelée.

La paroi du kyste mise à nu est assez épaisse, on en fait la ponction avec un gros trocart, et en se servant de l'aspirateur de M. Guéride; on peut ainsi évacuer 16 litres d'un liquide trouble, visqueux, d'un liquide jaune verdâtre contenant des grumeaux d'un aspect purulent.

Le kyste presque vidé, on exerce quelques tractions, mais la masse poly-kystique située à gauche ne descend pas vu ses adhérences avec la paroi abdominale antérieure.

Le kyste ponctionné est largement ouvert et par sa cavité on ponc-

tionne les kystes voisins situés à sa gauche. Malgré l'aspiration, chacune de ces ponctions ne donne issue qu'à une très-petite quantité de liquide filant, l'un des coups de trocart, permet d'évacuer une poche contenant à peu près 1/4 de litre d'un liquide épais et purulent.

De nouvelles tractions sont faites sur la tumeur, mais les parois cèdent et se déchirent sous les pinces à kystes; pour éviter tout écoulement de liquide dans le péritoine, on ouvre un peu plus le premier kyste ponctionné et on en évacue le liquide restant soit environ 1/4 de litre.

Il est évident que toute la partie latérale gauche de la masse morbide est constituée par un gâteau de petits kystes et que cette partie est adhérente à la paroi antérieure de l'abdomen et peut-être aux viscères situés en haut dans l'hypochondre gauche.

Pour agir plus efficacement sur ces adhérences, on agrandit d'environ 5 centimètres l'incision faite sur la ligne blanche en contournant l'ombilic à gauche.

Les adhérences de la paroi sont détachées peu à peu à l'aide des doigts, elles donnent uue petite quantité de sang; de nouvelles tractions sont faites, mais il existe en outre des adhérences en haut et à gauche qui retiennent la masse morbide. Celles-ci sont donc déchirées à leur tour. Dans ces manœuvres, il se produit une rupture de quelques vésicules du gâteau kystique, et le liquide qu'elles contiennent bien que vite épongé s'écoule en partie dans la cavité du péritoine.

Enfin, on peut faire basculer la tumeur, en introduisant la main tout entière dans la cavité abdominale et l'extraction du kyste s'effectue assez facilement; notons de suite que dans cette dernière manœuvre d'autres vécicules ont été crevées et qu'une partie de la paroi du kyste est restée adhérente à la paroi antéro-latérale gauche de l'abdomen. Deux broches et trois anses de fil de fer sont placés sur le pédicule du kyste, pédicule très-court, peu volumineux et très-rapproché de l'utérus, ce qui explique assez bien la déviation du col du côté droit comme je l'avais constaté quelques jours avant l'opération.

Le kyste enlevé, on procède avec grand soin à la toilette du péritoine, qui partout contient une certaine quantité de sang. De plus, la portion du gâteau kystique restée adhérente en haut et à gauche, est enlevée avec les doigts et par lambeaux.

Le second ovaire est recherché et comme il offre à sa surface deux ou trois petits kystes, il est attiré au dehors, son pédicule est fixé par 2 broches disposées en croix et 2 anses de fil de fer; enfin cet ovaire est reséqué et nous verrons qu'il a été l'objet d'un examen très-intéressant.

La toilette du péritoine est refaite avec le plus grand soin, puis M. le professeur Verneuil me confie la suture de la plaie abdominale.

7 points de suture d'argent, comprenant toute l'épaisseur des parois abdominales, y compris le péritoine furent successivement placés, un 8e fil placé au-dessus du pédicule ne comprenait que la peau.

Les deux pédicules furent fixés au bas de la plaie entre deux grandes épingles à tête de verre. — Linge glycériné, couche épaisse d'ouate, ceinture de flanelle.

L'opération a duré trois heures.

La malade replacée dans son lit, se réveilla facilement, toutefois la faiblesse était extrême et il y eut quelques tendances syncopales. Au milieu du jour, sommeil calme de plusieurs heures. Coliqucs peu intenses, douleurs de reins, pas de vomissements jusqu'au soir; ceux-ci se reproduisirent la nuit. Cet état général inquiétant dura encore toute la journée du 7 juillet, un violent orage fatigua beaucoup la malade, cependant les vomissements cessèrent définitivement le soir.

A partir de ce moment, la faiblesse quoique grande, ne nous inquiéta plus et la malade ne fut plus tourmentée que par des sueurs profuses. L'état du ventre était parfait, il n'y eut qu'un très-léger ballonnement.

Jusqu'au 10 juillet, le pouls oscilla entre 90 et 103, la température entre 37° 7 et 37° 1.

Dans la nuit du 10 au 11 juillet, soit 5 jours après l'opération des phénomènes fébriles survinrent et la température atteignit 38° 2, il y avait un peu de suppuration au niveau du pédicule; rien du côté du ventre, la malade put manger un peu.

Les jours suivants, apparut une petite complication dont nous avons déjà eu plusieurs exemples, c'est la formation d'un petit phlegmon sous-cutané au niveau d'un point de suture, d'où l'élévation de la température jusqu'à 39° et le pouls à 120 notés le 12 juillet.

Le fil qui a provoqué ce phlegmon, est l'avant-dernier en comptant de haut en bas, on le sectionne et on l'enlève le 13 juillet.

La réunion de la longue plaie des téguments qui était parfaite, se désunit au niveau du point enflammé et livra passage au pus résultant du phlegmon de la paroi abdominale; bientôt une autre ouverture spontanée se fit du côté des téguments à l'endroit où se trouvait le point de suture qui avait suppuré.

Malgré cet accident, l'état général de la malade s'améliora très-vite et cependant le pouls restait fréquent (entre 96 et 116) et la température élevée (37° 7 à 38° 1).

Cet état se continua jusqu'au 20 juillet, à cette date la température monta un peu, par suite de la formation d'un abcès situé un peu en dehors de celui qui s'était primitivement développé (38° 2).

Mais cette très-légère élévation de température ne dura pas et les jours suivants le thermomètre oscillait entre 37° et 38°.

Les divers points de suture d'argent furent complétement enlevés le 19 juillet, soit le 13e jour après l'opération.

Deux broches tombèrent le 12e et 13e jour, et le 31 juillet, c'est-à-dire au bout de 20 jours, il ne restait plus que le pédicule dn kyste qui suppurait, ainsi qu'un petit foyer dû au décollement sous-cutané produit par le phlegmon de la paroi.

A cette époque madame D... était presque complétement remise, elle put se lever le 31e jour qui suivit l'ovariotomie. Elle retourna à Tarbes le 2 septembre suivant. A cette époque, la malade était encore faible, le double pédicule du kyste et de l'ovaire enlevé suppurait toujours, et malgré des cautérisations répétées, cette petite plaie resta fistuleuse pendant 8 mois consécutifs, elle ne fut cicatrisée définitivement qu'en avril 1876.

Examen de la tumeur enlevée et de l'ovaire droit. — La tumeur enlevée présentait tous les caractères anatomiques des kystes multiloculaires de l'ovaire : il y avait une poche volumineuse, celle qu'on avait ponctionnée tout d'abord et qui renfermait 16 litres de liquide trouble et visqueux; puis des multitudes de kystes à contenu gélatiniforme, formant un véritable gâteau du poids de 4 kilogr. 715 gr. En ajoutant à ces divers chiffres 1/2 litre recueilli dans les ponctions des autres kystes et lors de l'ouverture définitive du grand kyste ponctionné primitivement, on arrive au poids de 21 kilogr. 215 gr. pour la masse totale de la tumeur.

Nous n'avons pas à insister ici sur la structure de ces kystes multiloculaires, elle a été parfaitement décrite par notre ami le Dr Malassez et cet exposé a été déjà fait dans les *Bulletins de la Société* [1].

Quant à l'ovaire enlevé après la tumeur, il a été l'objet d'un examen micrographique très-complet fait par MM. Malassez et de Sinéty, examen qui a été déjà publié par mes collègues dans la *Gazette médicale* de l'an dernier[2].

Cet ovaire durci dans l'alcool paraissait normal, cependant sa surface offrait quelques saillies transparentes qu'on pouvait comparer à des follicules de de Graff plus ou moins développés. Toutefois à la coupe, on pouvait s'assurer que ces cavités se rencontraient aussi dans les parties profondes de l'organe.

Le stroma et l'épithelium de la surface de l'ovaire étaient normaux; en quelques points autour des vaisseaux, on remarquait une certaine abondance de cellules rondes (cellules jaunes ou globules blancs ?) et même des hémorrhagies interstitielles.

Les cavités kystiques sont les unes volumineuses et arrondies et ont jusqu'à 4 millimètres de diamètre, les autres sont petites, allongées et larges de 4 à 6 centièmes de millimètre; quelques-unes communiquent peut-être avec des espaces lymphatiques ? Les parois des cavités kystiques, ne sont pas toujours distincts du stroma, lorsqu'elles en sont distinctes, elles sont très-riches en éléments de nouvelle formation.

Le revêtement épithélial des kystes est très-divers, il comprend des cellules cylindriques, des cellules à cils vibratils et des cellules caliciformes, ces dernières s'observaient sur des kystes irréguliers, intermédiaires entre les grandes cavités arrondies et les petites cavités tubiliformes. Sur certains points, le revêtement épithélial cylindriques était stratifié et formait des saillies dans les cavités kystiques.

Celles-ci contenaient des cellules altérées, d'origine épithéliale et une substance transparente se coagulant par l'alcool; dans une cavité cette substance contenait des cellules étoilées et avait l'apparence du tissu queux.

Nulle part, les auteurs n'ont pu observer quoi que ce soit qui rappelât une ovule; les cavités kystiques étudiées par eux n'étaient pas

[1] *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie,* nouvelle série, t. I, n° 1 p. 87, 1875.

[2] 20 mai 1876, n° 21, p. 245.

des follicules de de Graff, vu leur siége, leur contenu et l'absence d'ovules dans leur intérieur.

En résumé, MM. de Sinéty et Malassez pensent qu'il s'agit d'un ovaire contenant des kystes en voie de formation, dont les cavités ne provenaient nullement des follicules de de Graff plus ou moins transformés.

Ajoutons que nulle part dans cet ovaire ils n'ont trouvé de follicules normaux à un état quelconque de développement, et que d'ailleurs, l'organe n'offrait ni cicatrices, ni corps jaunes en voie de régression, fait absolument anormal pour une femme de cet âge et qui ne peut s'expliquer qu'en admettant une transformation complète de la structure de l'ovaire. D'ailleurs, MM. de Sinéty et Malassez ne nient pas la possibilité de l'existence de kystes multiples provenant des follicules de de Graaf et ils en rapportent même un exemple : mais nous croyons que ceux-ci n'atteignent pas un volume considérable.

Revenons maintenant à notre opérée.

Madame D..., encore faible et ayant une certaine peine à marcher, vu l'existence de deux onyxis des gros orteils, retourna à Tarbes, le 2 septembre 1875. Depuis son état général n'a fait que s'améliorer, sauf l'appétit qui est devenu moins vif dans ces derniers temps.

Mais il est un phénomène très-curieux, sur lequel je désire attirer l'attention des membres de la Société, c'est la réapparition des menstrues qui d'abord irrégulières, troublées en quelque sorte par l'opération, se sont rétablies peu à peu et sont aujourd'hui très-régulières.

Madame D..., opérée le 6 juillet, ne perdit pas de sang jusqu'au 25 décembre de la même année; à cette date les règles furent très-abondantes pendant 4 jours et durèrent 6 jours.

En janvier 1876, l'époque menstruelle manqua et les règles ne revinrent que le 20 févricr. Cette fois, elles furent telles que la malade dut garder le repos à la chambre, elles durèrent 10 jours et s'accompagnèrent de quelques coliques. Ici, se produisit encore un fait intéressant : pendant cette véritable ménorrhagie, la petite fistule du pédicule kystique, donna issue à un écoulement sanguin assez abondant. Celui-ci paraissait venir d'un gros bourgeon charnu, comparé par madame D... à une framboise. Ajoutons que le même phénomène se reproduisit aux époques suivantes, au moins 3 fois au dire de la malade.

Les menstrues ne reparurent qu'en avril, elles furent toujours abondantes de décembre 1875 en avril 1876, madame D... eut donc ses règles tous les deux mois; puis elles disparurent pendant l'été de 1876, pour réapparaître le 8 octobre, puis le 15 novembre 1876. « Depuis cette « époque, m'écrit madame D..., les règles sont revenues chaque mois, « toujours avec un retard de 4 à 5 jours et elles durent régulièrement « 6 à 8 jours, » Notons que depuis quelques temps elles s'accompagnent de douleurs névralgiques dans le sein et le bras gauches.

Comme on le voit, cette observation tend à prouver que le phénomène de l'ovulation spontanée n'est pas absolument lié à l'apparition ou même à l'existence des menstrues; que, chez une femme déjà réglée, l'ablation ou l'altération des deux ovaires n'implique pas fatalement

l'absence de l'écoulement des règles. Cette remarque, fort intéressante, a déjà été faite à la *Société de biologie* (séance du 2 décembre 1876), par le Dr de Sinety, et la pièce que j'ai récemment présentée à la Société de chirurgie vient encore à l'appui de cette manière de voir. Il s'agissait d'une femme, Reine D..., morte à Dunkerque, d'une pleurésie, et opérée par moi deux ans auparavant, d'un kyste de l'ovaire [1]. A l'autopsie faite par le Dr Herbart (de Dunkerque), on vit que le second ovaire était absolument altéré et kystiqué, or, cette femme avait toujours eu ses règles depuis l'opération.

Madame D... vint à Paris, en mai 1876, soit près de dix mois après son opération; or, cette dame, notablement engraissée, ne présentait ni atrophie des seins, ni modification dans le timbre de la voix. En fait, elle *paraissait* beaucoup plus femme qu'avant d'être opérée.

En terminant, j'appelle encore l'attention des membres de la Société sur les lésions thoraciques: bronchite généralisée, congestion pulmonaire et enfin pneumonie, qui sont venues aggraver la situation de madame D..., alors que le volume du kyste gênait considérablement l'hématose. Enfin, comme je l'ai déjà dit, la ponction a été suivie de *phlegmatia alba dolens,* d'abord à droite, puis à gauche. C'est encore là un accident assez fréquent chez les femmes ayant des kystes de l'ovaire, il a été récemment mentionné par M. Gillette, et dans une observation que j'ai communiquée à la Société à la séance du 5 juillet 1876 [2].

J'ai observé successivement chez une malade une pneumonie et une phlegmatia alba dolens.

Tels sont, Messieurs, les divers points saillants de cette observation, peut-être un peu longue, mais qui, je le crois, méritait d'être publiée.

Discussion.

M. Duplay. Je désire seulement attirer l'attention sur le manuel opératoire de l'ovariotomie.

Relativement à l'incision abdominale, je suis arrivé à une pratique opposée à celle de Spencer-Well, qui a établi dans une statistique que plus l'incision est étroite, plus il y a de guérisons. Ces incisions étroites ont un autre inconvénient, c'est qu'on exerce des tractions sur le kyste, et que le contenu peut pénétrer dans le péritoine : c'est ce qui nous est arrivé dans ce cas.

Le deuxième point intéressant est relatif à la toilette du péritoine. Il n'est pas possible de pousser plus loin que nous l'avons

[1] L'observation a été publiée dans les *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, nouvelle série, t. II, p. 551, 1876.

[2] *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, t. II, p. 554, 1876.

fait le lavage et, si j'ose dire, le nettoyage de la cavité abdominale.

M. GILLETTE. L'observation de M. Terrier est intéressante à deux points de vue : le premier, sur lequel il n'a pas suffisamment insisté, est l'existence des adhérences à la paroi abdominale. Je demanderai ce que sont devenues ces poches kystiques adhérentes à la paroi ? Je dirai, en second lieu, que je ne crois pas possible d'enlever tout le liquide, car la sérosité se reproduit à mesure qu'on l'enlève.

M. TERREIR. Je n'ai laissé aucune portion de kyste sur la paroi de l'abdomen ; l'ablation en a été faite avec les ongles et par arrachement.

M. HOUEL. J'ai toujours vu pour ma part Spencer Well, Nélaton enlever avec le plus grand soin tout le liquide épanché : c'est ainsi que je me suis comporté dans les deux cas qui me sont personnels.

M. GILLETTE. Je ne dis pas qu'il faille abandonner le temps de la toilette ; je dis qu'en y insistant trop on froisse les organes. Quant à Spencer Well, il fait très-rapidement la suture et s'inquiète peu de laisser un peu de liquide.

M. TERRIER. Lorsque j'ai rédigé cette observation, j'avais surtout pour but de signaler l'examen anatomique du deuxième ovaire, et de montrer que, comme dans les faits de Goodman et de M. de Sinety, cette malade, privée de ses deux ovaires, avait eu ses règles.

Je ne puis qu'approuver ce qu'a dit M. Duplay, au sujet de la toilette, je suis d'avis de la poursuivre autant que possible. M. Gillette m'a cité Spencer Well : il est certain que les chirurgiens anglais semblent faire ces opérations bien plus rapidement que nous et craindre moins l'épanchement sanguin. Il faut peut-être établir une distinction entre la présence d'un épanchement sanguin et celle de liquide ou de parois de kystes ; nous avons peut-être trop peur d'un léger épanchement hématique.

Tout en insistant sur la toilette, je n'ai pas voulu dire qu'il fallût tenir à enlever la moindre goutte de liquide : dans le cas d'ascite, par exemple, on est obligé de laisser la sérosité qui se reproduit à mesure qu'on l'enlève. Une des causes les plus communes d'épanchement, est le sang qui coule par les points de suture de la paroi abdominale et qui, si l'on n'y prend garde, peut s'accumuler dans le péritoine.

Lectures.

M. Berger lit, à l'appui de sa candidature, un travail sur les accidents pulmonaires dans l'étranglement herniaire. (Renvoyé à une commission.)

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le Secrétaire,
Cruvelhier.

Séance du 2 mai 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger;

2° Un travail imprimé de M. Bertherand, d'Alger, sur *la suture des tendons;*

3° Une brochure intitulée : *Recherches personnelles sur la pathogénie et les indications thérapeutiques des hernies étranglées*, par le Dr Félix Paquet, de Roubaix;

4° *Les comptes rendus de la Société Smithsoonienne de Washington pour l'année* 1875.

5° M. Larrey présente, de la part de M. le Dr Vedrennes, un travail manuscrit intitulé : *De la chirurgie de Celse et de l'arsenal chirurgical indiquée dans son livre : De la médecine.* (Commissaires : MM. Polaillon, Terrier, Lucas-Championnière.)

6° M. Terrier offre, de la part de l'auteur, le IIe vol. du *Traité des maladies des yeux*, de M. Abadie.

Communications.

De la tendance pyogénique pendant la grossesse et l'état puerpéral. — De l'époque à laquelle on doit opérer après l'accouchement,

par M. Verneuil.

Notre discussion de l'an dernier sur les rapports réciproques du traumatisme et de la grossesse a, malgré son étendue, plus d'un point obscur et plus d'une lacune à combler. Sans vouloir recom-

mencer le débat, je vais aujourd'hui vous communiquer quelques observations inédites capables d'avancer la solution de certaines questions en suspens. Vous verrez là sans doute une preuve de la ténacité avec laquelle je cherche à faire prévaloir mes opinions, ténacité que du reste je ne cherche point à dissimuler.

J'avais avancé que la femme enceinte et la nouvelle accouchée avaient une tendance marquée à faire du pus en abondance, et j'invoquai deux observations personnelles ; celle d'une femme atteinte de phlegmon de l'orbite à la suite de l'injection de quelques gouttes de teinture d'iode dans le sac lacrymal, et celle d'une autre femme qui à la suite d'une légère piqûre du pouce avait été affectée d'un phlegmon sérieux de la main.

Je m'appuyais aussi sur deux observations de MM. Nicaise et Ledentu qui avaient observé un retour de la suppuration pendant la période puerpérale dans deux plaies créées pendant la grossesse et qui étaient presque cicatrisées au moment de l'accouchement.

Mon honorable contradicteur, M. Guéniot, contesta cette assertion, n'ayant pas remarqué dans les périodes susdites l'augmentation de la suppuration.

Pour moi, je conservai mon opinion, convaincu que les faits ne me manqueraient pas pour la confirmer.

Voici une observation récemment prise et qui me semble concluante.

Obs. — *Coxalgie datant de l'enfance, guérie depuis 12 ans et réduite à l'état d'infirmité. — Grossesse à 19 ans. Retour de la douleur dans le membre affecté et apparition après l'accouchement d'un énorme abcès ossifluent.*

Au mois de février 1877, entra à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Augustin, une fille de 19 ans, de petite taille, pâle et chétive, atteinte d'une volumineuse collection purulente de la cuisse gauche, étendue de la région inguinale à l'anneau du 3e adducteur, molle, indolente, fluctuante, présentant en un mot tous les caractères des abcès froids ossifluents. Le membre correspondant présente de plus les déformations typiques de la coxalgie: raccourcissement apparent et réel avec atrophie notable des divers segments; ascension du bassin, adduction, rotation en dedans, fausse ankylose, etc.

Voici les renseignements que nous recueillons sur les antécédents : Enfance maladive; point d'éruptions cutanées, mais à 3 ans coxalgie traitée dans divers hôpitaux d'enfants et qui met 3 ans à guérir. — Au bout de ce temps les douleurs cessent ; l'enfant marche d'abord avec des béquilles, qu'elle abandonne ensuite. — Depuis, la marche reste un peu gênée par la déformation du membre. Mais elle ne provoque aucune douleur; la malade fait impunément de longues courses avec un soulier à talon élevé.

A 7 ans, engorgement ganglionnaire du cou qui suppure et laisse les stigmates accoutumés. — Santé très-bonne depuis lors.

A 18 ans, grossesse qui évolue normalement. — Cependant, dès le 2e mois les douleurs apparaissent à la face interne et supérieure du membre et finissent par rendre la marche presque impossible. On ne remarque néanmoins pas de déformation notable. — L'accouchement se fait à terme et sans accidents. — Mais bientôt la cuisse augmente de volume, d'abord vers la racine, puis à la partie moyenne.

6 mois après la délivrance la malade entre dans mon service où je constate l'énorme collection purulente que j'ai noté au début de ce récit. — J'hésite beaucoup à ouvrir cet abcès. — Je prescris un traitement général, le repos, une bonne alimentation, les badigeonnages avec la teinture d'iode, etc., Je permets la marche avec des béquilles. — Au bout de 15 jours, la malade un peu soulagée quitte l'hôpital; je n'en ai point eu de nouvelles.

Tel est le fait dans toute sa simplicité.

Il me remet en mémoire une observation publiée, en 1874, sans idée préconçue par conséquent, dans la thèse d'un de mes élèves, M. le Dr Nony. Ce travail porte un titre significatif: *Retour de l'inflammation dans les lésions osseuses anciennes à la suite d'un état général grave.* (Thèse de Paris, 4 déc. 1874, n° 462.)

Parmi les 6 observations concluantes qu'il renferme, s'en trouve une qui a trait au sujet actuel (pag. 26).

Obs. — Il s'agit d'une femme de 25 ans, accouchée à la Pitié, qui dit s'être bien portée dans sa jeunesse, bien qu'elle ait eu des engorgements ganglionnaires cervicaux. — A 14 ans, à la suite d'une chute sur le genou, elle est affectée d'une arthropathie à marche lente qui la tient 4 mois au lit, après quoi elle se lève et marche avec des béquilles. La tuméfaction et la douleur disparaissent; la jambe reste raide encore longtemps.

A 17 ans, première grossesse, vers la fin, gonflement du genou, inflammation de l'extrémité inférieure du fémur, accouchement naturel à terme; l'inflammation articulaire disparaît assez vite, la jambe revient à son état antérieur.

A 20 ans, nouvelle grossesse, nouvelle poussée inflammatoire dans l'articulation; mais à la face interne du genou, formation de deux tumeurs qui s'ouvrent en laissant écouler un liquide sanguinolent; fémur gros et douloureux. Après l'accouchement, tout revient à l'état normal, mais plus lentement que la première fois.

A 23 ans 1/2, troisième gestation; le genou gonfle encore et reste tel, à ce point que près d'un an après l'accouchement la marche est impossible. Au côté interne de la cuisse, un peu au-dessus de l'interligne articulaire, existe une tuméfaction du volume du poing, très-douloureuse, avec coloration livide de la peau et fluctuation profonde. M. Nicaise applique de la pâte de Vienne, puis incise l'eschare; l'ouverture donne issue à une assez grande quantité de pus sanguinolent;

on constate une nécrose circonscrite du fémur; un trajet fistuleux s'établit; l'hydarthose du genou persiste.

La malade est sortie de l'hôpital quelques semaines après, fort soulagée mais non guérie.

Cette influence fâcheuse de la grossesse sur la marche des arthrites avait déjà été notée incidemment par Robert, de Coblentz, dans un mémoire sur les résections du pied. (Mittheilungen von Resectionen am fuss. *Vierteljahrschrift,* Prag. 1855, III[e] vol.)

L'auteur fait remarquer (p. 11) que dans 4 cas l'affection survint pendant la période de fécondité et que 3 fois l'invasion coïncidait avec la grossesse ou l'état puerpéral. Il cite surtout l'observation très-concluante d'une ostéite du calcanéum et du cuboïde du pied gauche survenue à la suite d'un refroidissement pendant la lactation. — Extirpation des os malades. —Guérison sans régénération, mais avec possibilité de se servir du pied. — Récidive 6 mois après pendant le cours d'une nouvelle grossesse. Plus tard mort de phtisie pulmonaire.

Ces trois observations me paraissent établir nettement le pouvoir qu'ont la grossesse et la puerpéralité d'exciter la production du pus dans les foyers anciennement guéris d'ostéo-arthrite. — A la vérité toutes ces malades étant scrofuleuses, on pourrait dire que la diathèse préexistante a singulièrement favorisé une terminaison qui n'aurait pas eu lieu chez d'autres sujets.

Il ne me répugne point d'accepter cette hypothèse, car elle conduirait à établir que la grossesse détermine tels ou tels accidents spéciaux suivant l'état constitutionnel des femmes enceintes. Il y a là une nouvelle série de recherches à faire et une inconnue que les accoucheurs sans doute s'efforceront de trouver. Toujours est-il que les faits qui précèdent prouvent au moins en certains cas la propriété pyogénique de la gravidité, ce que je voulais mettre en relief.

Le second point sur lequel je désire fournir quelques renseignements est relatif à l'époque où il convient de pratiquer les opérations après la grossesse.

Tout le monde est d'accord pour attendre que l'état puerpéral soit passé et on fixe à 2 mois en moyenne le délai nécessaire. Or, cette détermination est un peu arbitraire. D'ailleurs les faits prouvent contradictoirement que l'on a pu agir impunément quatre ou cinq semaines après la délivrance, et au contraire voir naître des accidents graves dans le cours du 3[e] mois. Il faudrait, je crois, un autre criterium que la seule quantité de jours ou de semaines. Ici encore l'état antérieur de la femme à opérer doit être pris en très-sérieuse considération.

C'est ce que démontrent, je crois, les deux faits que je vais relater.

Il s'agissait dans l'un comme dans l'autre de déchirures du périnée s'étendant à la cloison recto-vaginale avec incontinence complète des matières intestinales. Les deux femmes étaient jeunes, appartenaient à la classe aisée, et fort incommodées par l'infirmité demandaient avec instance qu'il y fût porté remède.

Cédant à ce légitime désir, j'ai chaque fois, à mon avis, opéré trop tôt et vu naître des accidents inquiétants imputables indirectement à l'opération chirurgicale, directement au réveil d'états morbides antérieurs. J'avais pourtant atteint dans un cas et dépassé dans l'autre les deux mois qui passent pour suffisants.

Obs.—*Périnéorrhaphie un peu plus de deux mois après l'accouchement — Marche favorable de la cure pendant les premiers jours. — Au dixième périovarite intense, unilatérale d'abord, puis bilatérale ; symptômes locaux et généraux alarmants. — Echec partiel de la suture. — Rétablissement très-lent.*

Madame B..., 22 ans, primipare, accouchement long, laborieux, terminé par le forceps, dans les premiers jours d'octobre 1875. Large déchirure du périnée et de la cloison recto-vaginale.

Je vis, 12 jours après l'accident, la malade, qui désespérée voulait être opérée sur-le-champ. Un mois plus tard la déchirure était réduite mais définitivement constituée. Nouvelles instances de la malade; nouvel ajournement. Je voulais attendre la réapparition des règles, qui se montrèrent à la fin de novembre en quantité notable et sans douleur. J'aurais voulu gagner encore du temps, mais comme pour rassurer madame B... je lui avais dit que son opération était sans importance, elle protesta contre un nouveau retard et me pria de telle sorte que je l'opérai le 11 décemb e après les préparations d'usage.

Pendant 9 jours les choses allèrent assez bien, si ce n'est que la patiente accusait sans cesse à la région opérée une douleur vive et dans l'abdomen un développement de gaz incommode. Le 10e jour, j'enlevai les fils; la réunion semblait parfaite et je comptai sur un succès complet, lorsque le soir même une douleur violente surgit dans la fosss iliaque gauche au niveau de l'ovaire, avec fièvre, nausées, agitation, ballonnement et sensibilité de toute la partie inférieure de l'abdomen.

J'eus d'abord grand peur d'une péritonite, mais je fus un peu rassuré quand j'appris qu'avant son mariage madame B... était dysménorrhéique et éprouvait presque à chaque époque menstruelle, un ou deux jours avant l'apparition du sang, des accidents de même nature, moins intenses à la vérité. Il s'agissait donc seulement d'une de ces congestions ovariques si communes chez certaines jeunes femmes, et passée ici à l'état de périovarite.

Les cataplasmes, les injections hypodermiques, loco-dolenti, un large vésicatoire pansé avec de la morphine apaisèrent un peu la douleur à gauche, mais ne l'empêchèrent pas d'envahir à son tour la région

de l'ovaire droit. Pendant une semaine cet état me causa d'assez vives inquiétudes.

Dès le 3e jour après le début des accidents, les règles étaient arrivées, fort en avance, mais peu abondantes. Pendant cette crise la réunion parut se maintenir; mais le ballonnement du ventre et la constipation me forcèrent à administrer de l'huile de ricin; la cicatrisation périnéale résista bien, mais non certains points de la suture vaginale, car l'apparition des matières fécales dans le vagin nous annonça un insuccès partiel. Nous reconnûmes plus tard une petite fistule recto-vaginale qui persiste encore. La santé fortement ébranlée a mis plus de trois mois à se rétablir; pendant longtemps les fosses iliaques sont restées douloureuses et l'éruption des règles pénibles. L'anémie surtout a résisté opiniâtrement.

(Extrait d'une observation du professeur Verneuil, *Mémoires de chirurgie*, t. Ier, p. 983.)

Albuminurie pendant la grossesse. — Accouchement laborieux. — Large déchirure du périnée. — Pleurésie. — Rétablissement lent. — Périnéorrhaphie au 5e mois. — Néphrite passagère.

Madame C..., 22 ans, belle constitution, peau fine et blanche, embonpoint notable, issue d'une mère goutteuse, est atteinte au 6e mois de sa première grossesse d'œdème aux mains et aux jambes. Les urines renferment une notable quantité d'albumine.

Accouchement à terme le 4 octobre. Travail fort pénible terminé par une application de forceps. Déchirure étendue du périnée et la cloison recto-vaginale.

La convalescence fut un peu difficile. L'urine ne contenait plus d'albumine. Cependant madame C..., s'étant levée dans les premiers jours de décembre, fut prise d'une pleurésie, heureusement sans gravité.

Appelé quelques temps après, je constatai la fissure périnéale, mais refusai de l'opérer avant le rétablissement complet de la santé générale, la guérison assurée de la néphrite et la réapparition régulière des menstrues. En janvier et février, je fis examiner de nouveau les urines qui parurent normales. Pressé par la malade et ne voyant plus de contre-indication, je prescrivis un bain, un purgatif, et commençai le traitement chirurgical le 17 février, 4 jours après la cessation des règles.

Pour accroître la bénignité de l'entreprise, je résolus d'employer la méthode de la réunion immédiate secondaire. En conséquence, je fis l'avivement avec le thermo-cautère, créant de chaque côté deux surfaces triangulaires semblables à celles qu'on délimite avec le bistouri dans le procédé sanglant. Les eschares tombèrent le 5e et le 6e jour, et le 27 février, ayant sous les yeux deux surfaces granuleuses, recouvertes de beaux bourgeons, je fis la suture métallique; neuf points placés sur la paroi vaginale et sur la peau du périnée affrontèrent très-exacte-

ment les parties et donnèrent un résultat immédiat des plus beaux [1].

Les suites de l'opération toutefois, furent pénibles, il ne se déclara point d'accidents sérieux, mais une série de petits insuccès suffisants pour troubler le repos. La région opérée devint le siége de cuissons très-vives et d'une hyperesthésie qui rendirent pénibles le moindre attouchement et le moindre mouvement. Le fil placé au voisinage immédiat de l'anus dut être enlevé le 5e jour, parce que le bouton de nacre entrait par ses bords dans les chairs et les excoriait, il y avait de la pesanteur à l'hypogastre et des envies continuelles d'uriner; le contact de la moindre goutte d'urine sur la ligne de réunion causait une sensation insupportable, ce qui nous força à recourir au cathétérisme réitéré d'abord, puis à l'application permanente d'une sonde de caoutchouc rouge. Le séjour de cette dernière, à son tour, provoqua de l'uréthrite et un gonflement douloureux du méat urinaire. J'attribuai à l'irritation uréthro-vésicale des douleurs de reins qui se montrèrent à plusieurs reprises.

Il y avait inappétence complète, susceptibilité nerveuse manifestée par des pleurs, un grand découragement, la crainte de ne pas guérir, le regret de s'être laissée opérer, etc.

Les urines étaient fortement colorées, très-acides, et présentaient un léger nuage muqueux. Elles ne renfermaient pas d'albumine. Le ventre était légèrement ballonné, mais les gaz s'échappaient sans trop de peine par l'anus. L'opium à petites doses et les bains alcalins furent administrés sans grand succès.

Cependant les choses allaient bien au point opéré, ni gonflement ni rougeur sur la ligne des sutures; la réunion semblait s'effectuer en dépit des petits accidents précités. Le 6e jour, toutefois, un vomissement survint sans cause connue et madame C... sentit quelque chose se rompre, disait-elle, et m'assura que des gaz avaient passé par le vagin.

J'enlevai les fils le 13 mars, au 14e jour, et je pus m'assurer que le point vaginal supérieur avait cédé. Des gaz, un peu de matières fécales liquides s'engagèrent par cette voie; je cautérisai le pertuis avec le crayon de nitrate d'argent. Je prescrivis un purgatif qui donna issue à des matières abondantes. Cette évacuation fut difficile, douloureuse, et jeta pendant quelques heures madame C... dans un état de prostration extrême.

Tous ces symptômes cependant s'étant un peu calmés, je prescrivis quelques bains amidonnés et alcalins, en recommandant d'éviter avec soin tout refroidissement. Le premier, pris le 19 mars, fit grand plaisir à la malade, mais le second (21 mars) fut suivi d'une sensation de froid et d'un grand malaise. L'appétit disparut aussitôt; des vomissements opiniâtres survinrent, de nature bilieuse, la langue se chargea, la diarrhée se déclara, et le facies s'altéra considérablement.

En même temps la fièvre, qui jusque-là avait absolument fait défaut, s'alluma en prenant le type intermittent. La température était assez

[1] Je fis subir à mon procédé quelques modifications que je ne décrirai pas ici, entre autres la suppression de la suture enchevillée.

basse le matin, la peau même était presque froide, mais le soir le thermomètre montait jusqu'à près de 40 degrés. Le ventre cependant n'était pas douloureux et il n'y avait nulle trace d'inflammation locale au périnée. Un éméto-cathartique fut administré sans donner de résultat. Je m'avisai alors d'explorer les régions rénales et je déterminai par la pression sur le rein gauche une douleur vive qui n'existait pas à droite. J'examinai encore une fois les urines qui, par la chaleur et l'acide nitrique donnèrent un léger précipité albumineux.

Je fus dès lors éclairé sur la nature et la cause des accidents : il s'agissait d'un retour de la néphrite.

Je prescrivis en conséquence l'application sur la région rénale gauche de six ventouses légèrement scarifiées, et le sulfate de quinine à l'intérieur. Cette médication fit merveille. Elle arrêta sur-le-champ les vomissements et la fièvre vespérale. La sensibilité à la pression diminua également, mais comme elle persistait encore je fis renouveler trois jours après l'application des ventouses. La quinine ingérée pendant six jours, à la dose de 75 centigrammes, fut fort bien tolérée.

A partir de ce moment tous les accidents disparurent, et madame C... entra en convalescence. Elle était, deux semaines après, dans l'état le plus satisfaisant et sortait en voiture.

Le petite fistule recto-vaginale, pendant la poussée fébrile, semblait s'être agrandie, à en juger par le passage des gaz, des matières intestinales fluides, et du liquide des lavements. Elle se rétrécit notablement et d'elle-même quand les accidents cessèrent, et donne à peine issue à quelques gaz. Néanmoins elle persiste encore; mais je ne compte m'en occuper que plus tard.

Ces deux faits prouvent à mon avis que le temps écoulé depuis l'accouchement n'est pas le seul élément dont on doive tenir compte quand on pratique les opérations chez la femme récemment délivrée.

Certes, l'état puerpéral est généralement fini au bout de deux mois, mais il n'en est pas nécessairement de même pour les états pathologiques antérieurs à la conception ou contemporains de la grossesse.

En publiant l'observation de madame C..., je la faisais suivre des réflexions suivantes : « Si, au lieu d'opérer deux mois après l'accouchement, j'avais attendu deux mois encore, la dysménorrhée aurait peut-être disparu ou du moins j'en aurais constaté l'existence et j'aurais cherché à prévenir l'accès de congestion ovarique, cause directe des accidents, et indirecte de l'échec partiel de la suture. Ceci prouve une fois de plus que les opérations sur la sphère génitale, lors même que les parties sont revenues à leur état anatomique à peu près normal, ne doivent pas être faites trop tôt après la délivrance et que l'apparition prématurée du molimen menstruel entrave souvent la réussite des opérations susdites. »

L'observation de madame C... me permet à son tour de dire

que si pendant la grossesse on a constaté l'existence d'une affection viscérale à marche chronique, la disparition apparente de ses symptômes après l'accouchement ne prouve pas la guérison complète, et qu'il faut ajourner longtemps l'intervention, de manière à ne point réveiller par le traumatisme chirurgical une disposition morbide qu'on croit éteinte et qui n'est qu'endormie.

Ces réserves s'appliquent particulièrement à l'albuminurie de la grossesse, et il était d'autant plus intéressant de les formuler que les lésions du parenchyme rénal sont très-souvent latentes, et dans tous les cas fort lentes à guérir complétement.

Ici encore la publication sincère des insuccès opératoires, et l'analyse minutieuse de leurs causes apporteront à la pratique leur contingent d'enseignements utiles.

Discussion.

M. Polaillon. Pour que la démonstration fût plus probante, il faudrait nous citer des faits de suppuration n'affectant pas les membres inférieurs. Ne peut-on pas dire, en effet, sans admettre de prédisposition particulière, que la grossesse gêne la circulation non-seulement dans les organes génitaux, mais dans les membres inférieurs ; il n'y aurait donc rien d'étonnant à ce que des organes ou des tissus en proie à une vascularisation insolite avant la grossesse, ne vinssent à se congestionner et à suppurer sous l'influence de l'afflux sanguin. Ces réflexions s'appliquent aussi aux deux faits de Robert, de Coblentz.

Quant à l'influence des diathèses sur les suites de la grossesse, c'est un sujet qui ne me paraît pas élucidé. J'ai cherché si les suites de couches étaient plus compliquées chez des femmes ayant présenté quelques signes de diathèse scrofuleuse ou autre et je ne suis arrivé qu'à un résultat négatif. J'ajouterai qu'il est possible que les malades atteintes d'une de ces complications se rendent de préférence dans les services de chirurgie et échappent à l'observation des accoucheurs.

M. Th. Anger. Je viens rapporter un fait qui montre l'influence de la grossesse sur le développement des végétations et aussi le peu de gravité dans certains cas de l'intervention chirurgicale. J'eus dans mon service à Lourcine une femme enceinte de trois mois, dont le vagin était obstrué par des végétations très-volumineuses et secrétant un liquide odorant et irritant. Sur ses instances répétées, je me décidai à opérer. La malade fut soumise pendant trois quarts d'heure au chloroforme, je sectionnai les végétations, et malgré des cautérisations au chlorure de zinc, il y

eut une certaine quantité de sang de perdu. Un mois après, réapparition aussi abondante des végétations, nouvelle opération à l'aide du thermo-cautère pendant l'inhalation chloroformique. La grossesse en est arrivée au septième mois et il y a encore récidive.

Ce fait porte avec lui un double enseignement : il montre que la grossesse donne un coup de fouet aux végétations, en raison sans doute de l'afflux sanguin qu'il apporte aux organes génitaux. Ce fait prouve aussi le degré de résistance des femmes en état de grossesse que l'on peut opérer deux fois sous le chloroforme sans qu'il en résulte d'accident.

M. Guéniot. M. Polaillon vient de nous dire que pour démontrer la valeur pyogénique de la grossesse, il faudrait rencontrer des affections du membre supérieur ; je crois qu'il convient d'ajouter que les sujets devraient être aussi exempts de vice constitutionnel. Si, en effet, vous avez affaire à des individus scrofuleux qui, par l'évolution seule de leur diathèse peuvent suppurer, comment apprécierez-vous l'action réelle de la grossesse.

Pour ma part, je crois peu à la tendance pyogénique de la grossesse. Il ne faut pas oublier qu'il existe presque toujours, à la suite de l'accouchement, des plaies du col, de la vulve, etc. Ces plaies se cicatrisent en quinze jours, trois semaines, et si on devait apprécier l'influence modificatrice de la grossesse, il faudrait dans la grande majorité des cas, la qualifier d'heureuse.

Je suis d'avis de recueillir des faits comme M. Verneuil nous en donne l'exemple. Voici présentement toute ma pensée sur ceux qu'il nous apporte. Pour le premier cas, celui de la femme sujette à des périovarites et chez laquelle la périnéoraphie pratiquée au bout de trois mois détermine une nouvelle ovarite, je dirai que j'ai vu en dehors de toute influence de grossesse des congestions pelviennes se faire à l'occasion d'une action sur les organes génitaux.

Quant à la deuxième malade qui a présenté une récidive de néphrite, je trouve que ranger cette affection au bout de cinq mois parmi les effets de l'état puerpéral, c'est peut-être un délai un peu long.

M. Verneuil. Je répondrai à M. Polaillon, en premier lieu, que dans la première discussion j'ai cité des faits ayant trait à la paupière et au membre supérieur ; en deuxième lieu, que j'admets comme lui que les rapports entre la grossesse et la scrofule sont obscurs et que c'est la raison qui me pousse à l'élucider.

Je suis d'avis, comme M. Anger, que la grossesse s'accompagne d'une tendance à la prolifération ; j'ai souvenir d'un fait de tumeur de la parotide qui augmentait de volume à chaque grossesse.

Je répondrai à M. Guéniot que je le trouve un peu trop sceptique, mais que cependant je ne regarde pas mes deux faits comme démontrant l'influence de la grossesse sur le traumatisme. J'admets avec M. Guéniot l'action dominante des états pathologiques antérieurs.

M. Tarnier. Avant d'entrer dans la discussion, je dois dire que je ne suis pas d'avis d'opérer les végétations vaginales de la grossesse qui guérissent seules après l'accouchement et qui, bien que très-développées, n'opposent pas d'obstacle au passage de l'enfant.

Combien de temps après l'accouchement faut-il opérer une femme albuminurique? je dirai, comme M. Verneuil, qu'on ne peut désigner d'époque fixe ; j'ai vu l'albumine persister un an, quinze mois. Il y a même des faits signalés par Imbert Gourbeyre qui semblent indiquer que les lésions rénales ne guérissent pas.

M. Guéniot. Je signalerai des faits en opposition avec les précédents. J'ai vu des femmes albuminuriques chez lesquelles le traumatisme de l'accouchement a été le signal de la guérison. Le traumatisme puerpéral, en pareil cas, est un traumatisme vraiment libérateur. Je me souviens d'une femme de la Clinique d'accouchement, albuminurique et tellement infiltrée, que je dus, à six mois, ponctionner l'abdomen, faire des mouchetures sur les membres inférieurs et sur la vulve. Je fis l'accouchement prématuré artificiel et la malade éprouva un soulagement des plus notables qui, malheureusement, ne fut que peu durable.

La raison de ce soulagement est due sans doute à la disparition de la compression par le fait de la délivrance, mais le traumatisme puerpéral, du moins, n'y a pas fait obstacle.

Présentation de malades.

Deux cas d'amputation sus-malléolaire,

par le procédé de M. Guyon.

M. Guyon. J'ai déjà, en 1868, présenté des malades amputés d'après mon procédé. Les deux que je soumets à l'éxamen de la Société portent un appareil simple et font un travail fatigant. Le premier malade a été opéré au mois d'octobre par M. Lucas-Championnière ; il est strumeux ; 7 pansements de Lister ont suffi pour le guérir.

Le deuxième malade n'a subi que 6 pansements, il a été guéri au bout de 13 jours.

Je signalerai que les fusées purulentes assez fréquentes dans

l'amputation faite à ce niveau ne se sont pas présentées dans trois cas où la méthode de Lister avait été employée.

J'appellerai de plus l'attention sur une modification apportée par M. Lucas-Championnière, et qui consiste dans la résection du nerf tibial postérieur.

M. Panas. Il me semble que le plus jeune malade a la démarche plus libre. Si je fais cette remarque, c'est qu'indépendamment de la perfection du résultat, il y a une condition qui joue un grand rôle, c'est l'état antérieur du membre. Sous l'influence de l'état pathologique antérieur, survient souvent une atrophie des muscles, des os même et la déambulation est plus difficile.

Ceci est vrai aussi pour les résections; avec le même procédé, les résultats ne sont pas les mêmes.

Dans le cas actuel, la différence tient peut-être à ce que l'un des malades a été amputé pour une affection de longue date.

Quant à la résection des nerfs, elle a déjà été proposée depuis longtemps.

M. Lucas-Championnière. J'ai dû, pour mon malade, tailler mon lambeau dans un tégument œdématié et qui paraissait doué de peu de vitalité. Quant à la résection des nerfs, je savais bien qu'elle avait été faite, mais je la crois particulièrement bonne dans les cas où le lambeau doit servir de point d'appui. J'ai pu, dans un fait de désarticulation de l'épaule, supprimer toute douleur dans le pansement par une résection nerveuse.

Présentation d'appareils.

Bandage maîtriseur Creuzot.

M. Paulet présente, au nom de M. Creuzot, bandagiste, un bandage herniaire dont il se propose de tenter l'essai.

Ce bandage se compose de deux branches rigides en acier forgé réunies par une charnière à laquelle le mouvement est imprimé par une vis sans fin. Ce mécanisme permet de faire varier la pression et rend ce bandage applicable à tous les sujets.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le secrétaire annuel,
Cruveilhier.

Séance du 9 mai 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la dernière séance est mis aux voix et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger ;

2° Une brochure de M. le professeur Wasseige, de Liége, intitulée : *Nouveau procédé de crâniotomie par le lamineur céphalique ;*

3° Un fascicule du *Traité de chirurgie et d'opérations* du professeur Albert, de Vienne;

4° Un travail de M. Joseph Englich, de Vienne, *sur la leukémie médullaire ;*

5° Une brochure intitulée : *De la cataracte*, par M. le Dr Romiée, de Liége;

6° *Le Bureau central des hôpitaux*, brochure par M. Nicaise ;

7° *Le résumé clinique des maladies traitées à l'établissement hydrothérapique de Gérardmer*, par le Dr Greuell.

8° M. Larrey présente, de la part de M. le Dr Chiavacci, une *Notice biographique sur la vie et les ouvrages du professeur Tigri, de Sienne.*

9° M. Verneuil offre, de la part de M. le Dr Grosclaude, un travail intitulé : *Notes sur une méthode de traitement dans les cas d'hémorrhagie des arcades palmaires.*

10° M. Desprès offre un volume dont il est l'auteur, et qui a pour titre : *La Chirurgie journalière.*

11° M. Verneuil présente, de la part de M. le Dr Vicherat, de Nemours, une observation de *Tétanos a frigore* (commissaire, M. Verneuil).

12° M. Azam adresse à la Société la lettre suivante :

« Bordeaux, le 7 mai 1877.

Monsieur le président de la Société de chirurgie de Paris.

Monsieur le président,

Je lis dans le dernier fascicule des *Comptes rendus de la Société de chirurgie* que mes honorables collègues, MM. *Ollier*, *Piachaud*,

Rochard, Lucas-Championnière, Le Fort et *Trélat* me contestent la priorité de l'usage du drainage à la suite des amputations.

J'ai l'honneur de faire observer à la Société que cette contestation est absolument sans fondement, car jamais je n'ai réclamé à ce sujet aucune priorité, soit générale, soit locale.

Loin de là, j'ai hautement et publiquement affirmé, dans quatre circonstances, et il a été quatre fois imprimé que je ne réclamais aucune paternité.

Voici l'indication des textes publiés :

1° *Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux,* 1870, page 186, ligne 31.

2° *Compte rendu du congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences*, Lyon, page 214, ligne 25.

3° *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, page 313, ligne 21.

4° *Progrès médical,* 24 février 1877, lettre à M. Pozzi.

Je sais assez l'histoire de la chirurgie pour ne pas ignorer tout ce qui a été fait dans cet ordre d'idées, depuis Gay de Chauliac jusqu'à ceux de mes collègues qui me prêtent une prétention que je repousse.

Je n'ignore pas qu'un professeur éminent a bien voulu m'attribuer cet honneur, mais je ne saurais l'accepter.

Ce qui est, je crois, incontestable, c'est que les chirurgiens de Bordeaux ont les premiers adopté une méthode générale de réunion des grandes plaies qui est basée, non sur *l'emploi isolé* soit du drainage profond, soit des sutures, mais sur la *combinaison* de ces trois éléments, drainage profond, suture profonde, suture superficielle. En énonçant ce fait dans ses leçons, M. le professeur Gosselin n'a dit que la vérité.

A propos de la correspondance.

M. Lucas-Championnière. Je ne veux pas laisser passer la lettre de M. Azam sans faire observer que cette lettre n'est qu'une confirmation donnée à ce que les membres de la Société ont énoncé publiquement.

Les assertions émises par divers chirurgiens, en particulier par MM. Gosselin et Pozzi, en faveur de la priorité de M. Azam, se trouvent donc être sans fondement, d'après le témoignage même du chirurgien dont ils avaient pris la défense.

Rapports.

Rapport sur une pièce de spina-bifida avec exostose cartilagineuse qui fait saillie dans le canal rachidien,

par M. Houel.

Vous m'avez chargé de vous rendre compte d'une pièce de spina-bifida que notre collègue, M. le professeur Verneuil, a rapportée dans un voyage qu'il a fait à Amiens. Cette pièce très-intéressante a été recueillie par M. Scribe, professeur à l'école secondaire de médecine d'Amiens.

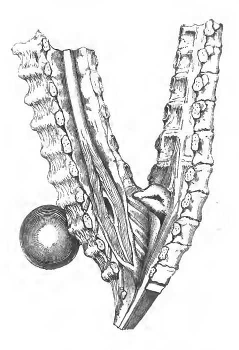
Le spina-bifida est une lésion qui a été le sujet de nombreux travaux, il semblait qu'aujourd'hui l'étude de ce vice de développement était à peu près complète, au point de vue des causes et de l'anatomie pathologique. La thérapeutique seule laisse à désirer, et de nombreux efforts sont tentés pour chercher à arriver à une base de traitement rationnel. Déjà ces questions de thérapeutique ont été l'occasion de nombreuses discussions au sein de la Société de chirurgie; j'ai eu plusieurs fois l'occasion de dire ma pensée sur leur efficacité et leurs dangers, je n'ai donc point à y revenir.

Je veux seulement aujourd'hui vous donner une description très-complète d'un fait intéressant et rare de spina-bifida, je le crois même unique dans la science. Malgré les nombreuses recherches que j'ai pu faire, je n'ai rien trouvé d'analogue. Sur cette pièce le spina-bifida occupe le siége le plus ordinaire de cette lésion, la partie inférieure de la région lombaire et supérieure de la région sacrée. La tumeur pouvait avoir le volume d'un petit œuf de poule; dans la paroi de la poche on retrouve des filaments nerveux, comme cela s'observe le plus souvent, et l'ouverture de communication de la poche avec le canal rachidien est large, elle a, verticalement, environ 1 centimètre 1/2 et 1 centimètre transversalement.

Jusqu'à présent rien qui ne soit, je dirai volontiers, anormal dans cette lésion, mais une coupe verticale, pratiquée sur la colonne vertébrale, au niveau des trous de conjugaison, permet de constater qu'il existe à l'intérieur du canal rachidien une exostose de forme triangulaire disposée en forme de lance, longue de 12 millimètres; la hauteur, à la base, qui est verticale, est de 11 millimètres. Cette exostose, qui est cartilagineuse, s'insère sur la ligne médiane, à la face supérieure du corps de la troisième et quatrième vertèbre lombaire, ainsi que sur le disque; elle parcourt d'avant en arrière la cavité du canal rachidien, et le sommet pointu s'engage dans

l'orifice du trajet qui met en communication la poche du spina-bifida avec la cavité du rachis.

La moelle épinière, qui à cet âge de la vie descend jusqu'à ce



niveau, est divisée verticalement sur la ligne médiane dans une assez grande hauteur, environ 2 centimètres ; au-dessous les deux moitiés de la moelle se réunissent de nouveau ; c'est dans cet écartement que pénètre l'espèce d'exostose lancéolaire, pour s'engager dans l'orifice de communication de la cavité du rachis avec la tumeur.

Il est très-probable que c'est à la présence de cette exostose cartilagineuse qu'est due la division médiane de la moelle et l'orifice osseux du spina-bifida, le sommet de cette apophyse, en s'interposant entre les arcs postérieurs des vertèbres, s'est opposé à leur réunion.

Je ne crois pas que jamais une pareille cause de spina-bifida ait été signalée. Les exostoses spontanées du canal rachidien chez le fœtus ou l'enfant n'ont point été décrites, que je sache. Quant à ces exostoses chez l'adulte, en dehors de celles désignées par M. le professeur Cruveilhier, sous le nom d'ostéo-chondrophytes, elles sont aussi très-rares ; c'est à peine s'il en existe quelques exemples bien authentiques dans la science. Le musée Dupuy-

tren renferme un de ces exemples, n° 485, qui a été recueilli sur une femme de 70 ans, et qui siége à l'union de la dernière vertèbre dorsale avec la première lombaire. Cette exostose, qui est arrondie et qui fait dans le canal rachidien une saillie de 10 millimètres, avait, à ce niveau, déterminé une dépression persistante de la moelle.

En résumé donc, la pièce que nous a présentée notre collègue, M. Verneuil, est des plus intéressantes, et je vous propose d'adresser des remercîments à M. Scribe pour l'avoir communiquée à la Société de chirurgie.

Communications.

M. de Saint-Germain. Messieurs, à propos d'une discussion récente sur la trachéotomie, je vous disais que sur 96 opérations pratiquées par moi, en un seul temps, je ne comptais aucun accident, si ce n'est trois hémorrhagies, dont une secondaire; j'attendais d'avoir atteint la centaine pour vous exposer et ma statistique et les raisons que j'avais de préférer ce procédé.

Aujourd'hui, je me vois forcé de devancer cette époque et de vous exposer, en vous apportant les pièces à l'appui, les circonstances fort tristes qui ont marqué ma 97e opération.

Bien que dans ce cas la faute doive être évidemment attribuée à l'opérateur et non au procédé, je crois de mon devoir, après mes affirmations successives en faveur de la trachéotomie en un temps, de vous rapporter le revers que j'ai subi, afin de mettre en garde les médecins qui seraient tentés de la pratiquer avec une trop grande précipitation dans le manuel opératoire.

Au surplus, voici les faits, vous apprécierez: Le lundi 30 avril, à 9 heures du matin, je fus mandé par mon excellent collègue et ami le docteur Labric, pour opérer dans son service un enfant atteint du croup.

Cet enfant, âgé de 4 ans, malade depuis huit jours, présentait cette conformation spéciale du cou à laquelle on pourrait attacher les trois épithètes de gros, court et gras. J'en fis aussitôt l'observation, et je pus bientôt me convaincre que les points de repère étaient fort difficiles à trouver. J'avais cependant une telle confiance dans le procédé que j'emploie habituellement que, tenant peu de compte de cette circonstance, je le fis étendre sur le dos, le cou dans l'extension forcée et maintenu par le docteur Labric. Cette contention fut parfaitement exacte jusqu'à la fin de l'opération, ce qui fait que nous ne pouvions faire entrer en ligne de compte, pour expliquer

l'accident, les mouvements involontaires qu'avait pu faire l'enfant. De la main gauche je serrai fortement la trachée, en la fixant, et de la main droite j'enfonçai mon bistouri, non point en limitant la longueur de la lame à 1 centimètre 1/2, comme je le faisais au début, mais bien en me fiant sur la sensation de résistance vaincue que j'avais maintes fois éprouvée, et qui devait m'avertir de sa pénétration dans les voies respiratoires. A un moment donné j'éprouvai ou je crus éprouver cette sensation, je divisai alors en sciant deux ou trois anneaux et je retirai mon bistouri.

Le sifflement caractéristique m'apprit que la trachée était ouverte: j'introduisis alors le dilatateur et, à mon grand étonnement, je constatai que l'enfant, un moment soulagé, ne respirait qu'à grand'peine et avec un très-fort tirage. Le dilatateur fut retiré, puis réappliqué, et cette fois la respiration s'établit franchement. Je m'occupai alors de la canule et je tentai de l'introduire, mais en vain, elle buttait contre un obstacle invisible et ne pénétrait pas. Le docteur Archambault, mon collègue, qui assistait à l'opération, me conseilla d'élargir la fente trachéale avec le bistouri boutonné, croyant, disait-il, cette ouverture insuffisante. Je suivis son conseil, et cette fois la canule entra; mais, bien que son introduction ait été facile, l'air ne passait pas par son canal et l'enfant étouffait de plus belle. Plusieurs tentatives furent successivement faites par le Dr Archambault, le Dr Labric, et cela sans plus de succès. Enfin reprenant à mon tour le dilatateur et la canule, je finis par la faire entrer, et cela sans pouvoir apprécier pourquoi elle n'avait pas pénétré la fois précédente.

Ces différentes manœuvres avaient duré plus d'un quart d'heure, heureusement l'enfant n'avait presque pas perdu de sang, et depuis que la canule était en place, il respirait à pleins poumons, se recolorait et paraissait en très-bon état. Une petite conférence entre mes collègues et moi suivit l'opération, et les difficultés que nous avions éprouvées restaient, pour le moment, inexpliquées. L'idée de la pénétration possible de la paroi postérieure avait été aussitôt écartée par ce fait que nous avions à plusieurs reprises cru apercevoir cette paroi postérieure parfaitement intacte. La journée se passa sans incident. L'enfant eut de la fièvre et but une assez grande quantité de vin. Le lendemain, le Dr Labric fit le pansement de la plaie, ôta la canule et put en placer une autre sans la moindre difficulté. Les jours suivants l'affection diphthéritique fit des progrès et l'enfant succomba le 4 mai 1877, c'est-à-dire quatre jours pleins après l'opération.

Je pratiquai l'autopsie avec M. Bide, mon interne, le 6 mai. Je fis enlever avec le plus grand soin le larynx, la trachée et l'œsophage. Après avoir constaté l'intégrité de ce dernier, je fis disséquer

avec soin la trachée et je ne tardai pas à constater sur la paroi postérieure une longue incision que vous pouvez voir. Immédiatement au-dessous de cette incision se voyait un décollement assez considérable, sorte de cul-de-sac dans lequel pénétrait la canule, quand l'enfant suffoquait, et à la partie antérieure de laquelle j'avais fini par la placer.

En reconstituant l'opération, voici ce qui s'était passé : en pénétrant dans la trachée, j'avais du même coup incisé la paroi postérieure, et lorsque j'avais élargi ma première incision, j'avais également élargi la boutonnière postérieure.

En présence de cet accident si regrettable, le premier que j'aie constaté et qui ait été constaté sur les malades opérés par moi, puisque tous ceux qui ont succombé ont été examinés à l'autopsie, et qu'il est au moins probable que ceux qui ont guéri n'avaient point la paroi postérieure perforée, quelle règle de conduite doit adopter le chirurgien?

Faut-il, pour un accident qui s'est produit par ma faute, parce que j'ai agi avec trop de précipitation et sans assez de précautions, abandonner un procédé qui m'a donné 96 fois de suite un bon résultat? Pour ma part, je ne le crois pas, convaincu par ce que j'ai vu et observé à l'hôpital que l'accident dont je viens de faire mention s'est produit un certain nombre de fois entre les mains de chirurgiens qui opéraient en plusieurs temps, et qu'un certain nombre d'enfants opérés avec succès par la méthode rapide auraient très-probablement succombé sous le couteau si le procédé de lenteur avait été employé. Le fait sur lequel je crois nécessaire d'insister est ce principe que j'établissais quand je décrivais le procédé en un temps, à savoir : la nécessité absolue de fixer exactement la trachée et de ne donner à la ponction qu'une profondeur de 1 centimètre 1/2. C'est pour avoir négligé cette règle que j'ai produit le désordre que je viens de décrire.

Dans tous les cas, quelle que soit l'impression que puisse produire sur la Société la lecture que je viens de lui faire, pour ou contre le succès du procédé que je recommande, j'ai cru de mon devoir de lui faire part de cette opération malheureuse.

Convaincu que la relation des revers est aussi instructive que le récit des succès, le vrai moyen de se mettre en garde contre de semblables accidents est de les publier sans restriction.

Discussion.

M. Desprès. Nous devons remercier notre collègue de nous apporter ses revers. Je n'avais du reste pas attendu cette preuve

pour me déclarer l'adversaire de l'opération faite en un temps. Chassaignac, Maisonneuve, Marc Sée ont imaginé des instruments destinés à faire la trachéotomie en un seul temps ; les chirurgiens y ont renoncé et je crois qu'il en sera de même pour notre collègue, car je crois que l'insuccès qu'il nous signale sera suivi d'autres insuccès. Je crains, pour ma part, que dans un certain nombre de cas la paroi postérieure n'ait été lésée par ce procédé.

Il y a selon moi deux objections à faire au procédé en un seul temps : il ne permet pas en effet de remplir les deux conditions de toute bonne opération qui sont, d'après Trousseau, de faire l'incision sur la ligne médiane, et je dirai, en passant, que la difficulté d'introduire la canule provient en général de ce que l'incision est latérale ; en deuxième lieu, il faut éviter d'intéresser l'isthme du corps thyroïde. J'adresse ces objections au thermo-cautère, qui me paraît ne pas permettre au chirurgien de remplir ces deux conditions essentielles.

En résumé, M. de Saint-Germain a eu sur quatre-vingt-seize trachéotomies, trois fois des hémorrhagies liées à la section du corps thyroïde et une fois section de la paroi postérieure de la trachée. Je crois qu'on obtient de meilleurs résultats en suivant le procédé de Trousseau.

M. de Saint-Germain. Je ne pense pas que la lésion de la paroi postérieure de la trachée ait eu lieu dans d'autres cas que celui que je signale : toutes les autopsies des enfants morts à l'hôpital ont été faites avec soin, restent les cas de la ville sur lesquels je ne puis rien affirmer. Je tiens à dire que le procédé de Trousseau est un bon procédé, mais presque impossible à exécuter chez l'enfant ; il est inapplicable quatre fois sur dix au moins.

Quant au reproche que mon procédé ne permet pas de se tenir sur la ligne médiane, je ne l'accepte pas.

Pour, les hémorrhagies, je tiens à répéter qu'elles sont très-fréquentes par le procédé de lenteur et qu'on est loin de les signaler toutes. Appelé il y a quelques jours aux Enfants, pour pratiquer une désarticulation de la cuisse, je fus averti qu'un enfant atteint du croup allait subir la trachéotomie. L'interne fit l'opération par le procédé en deux temps, dit de Bourdillat, à la seconde incision il y eut une hémorrhagie si grave qu'elle emporta l'enfant. Soyez certains qu'il y a beaucoup de faits analogues qui n'ont pas été publiés.

Pour moi, s'il m'arrivait d'autres insuccès, je ne serais pas éloigné de me servir de la méthode de Trousseau en y adjoignant l'emploi du thermo-cautère. L'opération marcherait ainsi très-régulièrement.

Je termine en vous présentant un bistouri à mortaise dont l'idée m'a été suggérée par M. Tarnier et qui permettrait de reconnaître quand on a pénétré dans les voies aériennes.

M. Verneuil. Je comptais, dans la prochaine séance, déposer de nouveaux documents desquels il résulte que les hémorrhagies par le bistouri sont plus fréquentes qu'on ne le dit; deux malades opérés l'un par un chirurgien habile, l'autre par M. Krishaber, ont succombé à l'hémorrhagie; dans ce dernier cas, le sang avait peu coulé pendant l'opération. J'ai perdu moi-même deux enfants avant d'avoir terminé la trachéotomie.

M. Tillaux. Bien que partisan en principe du thermo-cautère, je dois en signaler le fort et le faible. C'est un instrument qui peut vous manquer dans la main. J'ai voulu dernièrement faire une ablation partielle du rectum, mon thermo-cautère ne marchait plus au bout d'un moment et j'ai dû renoncer à m'en servir. Faut-il se munir de deux appareils thermiques ou avoir sous la main des instruments d'un ordre différent dans le cas où le cautère cesserait d'agir?

M. Verneuil. Il faut connaître à fond le thermo-cautère dont l'action peut se suspendre en effet; il serait utile de signaler la série des accidents qui peuvent survenir.

M. Desprès. Je ne puis nier qu'il ne se produise des hémorrhagies dans des mains expérimentées : cela se montrait moins souvent vers les années 1857, 1858 et 1859, parcequ'alors on faisait mathématiquement la méthode de Trousseau, et qu'actuellement on ne montre plus aux élèves ce procédé dans sa rigueur.

Les hémorrhagies viennent de ce qu'on a coupé soit l'isthme du corps thyroïde, soit les plexus sous-thyroïdiens : l'hémorrhagie qui emporte le malade est celle qui résulte de la section du corps thyroïde.

En somme, et en ceci je m'adresse particulièrement aux médecins des hôpitaux d'enfants, dites à vos internes de n'ouvrir la trachée que lorsqu'ils l'auront vue.

M. Paulet. Je suis moins optimiste que M. Desprès; cela tient peut-être à ce que j'ai eu des accidents nombreux relativement au petit nombre de mes opérés. Je ne crois pas facile d'éviter les veines et de plus il faut bien quelquefois inciser le corps thyroïde afin de s'éloigner du tronc brachio-céphalique.

M. Verneuil. Bien que pris un peu au dépourvu, je tiens à exposer quelles sont les raisons qui empêchent le thermo-cautère d'agir et les moyens de remédier à l'arrêt de son action. Lorsque

le cautère a été échauffé, l'aide croit devoir presser rapidement la poire de caoutchouc ; il arrive alors que si la fiole contenait trop d'essence, cette essence pénètre dans le cône de platine, et le couteau ne rougit pas ; parfois aussi, on élève trop la température du flacon, et la vapeur encombre le cône de platine ; le plus souvent, enfin, par une pression trop répétée, l'aide remplit de vapeur la cavité du cautère, et du charbon se dépose à l'intérieur et à l'extérieur.

Le moyen à employer pour que l'instrument redevienne utile, est de brûler, par une soufflerie rapide, la vapeur qui est dans le cône où elle forme charbon ; on peut aussi surchauffer l'instrument en se servant d'une espèce de chalumeau, comme dans la lampe d'émailleur, et le charbon se consume.

J'ai toujours pu, en suivant la règle que je trace, terminer mes opérations ; mais en supposant même que le thermo-cautère refusât quelquefois ses services, il en serait de cet instrument comme des autres dont il faut toujours se munir en double. Cet appareil rend de tels services, les solutions de continuité qu'il produit ont une telle bénignité, qu'à l'étranger l'usage en est déjà répandu.

M. Terrier. Puisqu'on signale les petits accidents qui peuvent survenir, je dirai que par deux fois j'ai été obligé de changer l'essence et que ce petit artifice a suffi pour rendre à l'appareil sa puissance ; je me suis demandé si l'essence ne s'altérait pas au contact du bouchon de caoutchouc.

M. Verneuil. Je signalerai comme nuisible à l'action de l'appareil la présence, assez fréquente dans l'alcool, du chlorure de sodium, il se forme un chlorure de platine qui empêche le cautère de rougir.

M. Trélat. Je ne prends pas la parole sur la manœuvre du thermo-cautère. Je veux seulement faire quelques remarques au sujet des propriétés de cet instrument.

Je crois pouvoir dire que le thermo-cautère a pour qualité ou pour défaut, comme on le voudra, de ne pouvoir donner un haut degré de calorique, on ne peut le manœuvrer que dans les basses températures. Au point de vue de la pyrotechnie destructive, il y a une grande différence entre lui et d'autres agents ; on ne peut dépasser un certain degré de chaleur ; quand on est arrivé au rouge-cerise, on voit baisser le pouvoir calorifique. J'ai eu dans mon service un malade atteint de polype naso-pharyngien, déjà opéré à plusieurs reprises ; j'ai cru devoir borner mon action à la cautérisation et j'ai trouvé au thermo-cautère un pouvoir destruc-

teur très-limité. Le galvano-cautère est bien plus actif et il serait intéressant de mesurer par la thermométrie le pouvoir calorifique comparé du thermo-cautère et du galvano-cautère.

Malgré les recherches de divers auteurs et en particulier de M. Bœkel, qui, à l'aide de son chariot régulateur, avait cherché à modifier l'intensité du courant galvanique, on ne peut se servir du galvano-cautère que pour les températures élevées ; mais si l'on veut obtenir un effet hémostatique, se maintenir dans les basses températures, l'instrument de M. Paquelin est préférable, il a en un mot sa spécialité d'action.

M. Verneuil a fait allusion à l'ouverture des anthrax par le thermo-cautère. Je suis en cela plus exclusif que Nélaton, qui, cependant, ouvrait peu les anthrax ; je ne les ouvre plus du tout, bien que j'admette que l'emploi des caustiques puisse avoir sa raison d'être dans le cours de certains anthrax.

Lectures.

M. Pinard lit un travail intitulé :

Insertion vicieuse du placenta. — Hémorrhagies. — Version par manœuvres externes.

Le travail de M. Pinard est renvoyé à une commission.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire,
Cruveilhier.

Séance du 16 mai 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

M. Verneuil offre un volume dont il est l'auteur, et ayant pour titre : *Chirurgie réparatrice.*

M. Verneuil présente, au nom de M. le Dr Cunet, une thèse inaugurable intitulée : *Étude sur l'appareil branchial des vertébrés.*

M. Poinsot, de Bordeaux, adresse un mémoire *sur la trachéotomie par le thermo-cautère* (Commissaires: MM. Verneuil, Gillette et de Saint-Germain).

A propos du procès-verbal.

Discussion sur la trachéotomie.

M. de Saint-Germain. J'ai assisté hier à une opération de trachéotomie faite sur l'adulte par M. Krishaber. Il s'agissait d'un homme à cou très-court, à larynx situé très-bas et par conséquent d'un cas difficile. Malgré ces difficultés l'opération a admirablement marché. Le thermo-cautère a été porté au rouge vif pour la peau, au rouge sombre pour les autres tissus, et c'est à peine si le malade a perdu un quart de cuillerée à café de sang, bien qu'un moment l'opérateur ait devié à gauche et incisé le lobe gauche du corps thyroïde. En présence de ce fait et d'autres analogues, je tiens à dire que pour ma part le thermo-cautère me paraît être le meilleur procédé de trachéotomie chez l'adulte.

M. Desprès. Je ferai deux objections à la communication de notre collègue: en premier lieu, c'est qu'il nous apporte un fait incomplet puisqu'il peut y avoir consécutivement des hémorrhagies secondaires, une escharre étendue, un retrécissement de la trachée, enfin la plupart des accidents signalés. C'est de plus un cas de cancer du larynx comme du reste presque tous les faits de M. Krishaber: or les cancéreux ont une tolérance spéciale pour les opérations; ce que j'ai vu opérer sans accidents de cancers inopérables est énorme, mais ce sont les suites que l'on ne connaît pas.

On connaît au contraire très-bien les suites de la trachéotomie faite au bistouri; il y a peu d'accidents, à peine a-t-on pu signaler de petits polypes. J'ai opéré, il y a huit ans, un malade qui va fort bien depuis; je connais d'autres faits déjà anciens empruntés à nos collègues.

M. Verneuil. Nous ne savons pas ce que deviennent nos malades opérés au thermo-cautère, parce que c'est une nouvelle méthode, mais nous savons les résultats dus à l'emploi du galvano-cautère.

J'ai vu ces jours-ci mon premier opéré; il est depuis cinq ans en parfait état, sauf l'enrouement dû à la laryngite antérieure. J'ai déjà parlé de la malade tétanique qu'une récidive de cancer du sein a emporté dix-huit mois après. Sans rien préjuger au sujet du thermo-cautère, on peut dire que les résultats primitifs sont satisfaisants.

M. Desprès a soulevé incidemment la question de la tolérance des cancéreux au point de vue des opérations, je ne partage pas la manière de voir de notre collègue. Je suis d'avis que les scrofuleux supportent très-bien les traumatismes, mais pour les cancéreux, je rappellerai que Velpeau arrivait à un chiffre de mortalité très-supérieur pour l'ablation des cancers du sein que pour l'ablation des tumeurs bénignes. Pirkett est arrivé au même résultat.

La raison de cette gravité des opérations chez les cancéreux tient à ce que fort souvent ils ont, sans qu'on s'en doute, des noyaux secondaires dans les organes ; aussi les voit-on succomber dans la huitaine avec des accidents adynamiques. Je signalerai de plus la fréquence et la gravité des érysipèles dans le cas d'affections cancéreuses. Je ne puis donc admettre l'assertion de M. Desprès.

M. Desprès. Mon opinion est l'opposé de celle que vient de formuler M. Verneuil; c'est tout à fait incidemment que je l'ai émise, mais j'apporterai des preuves. Je rappellerai seulement que la mortalité est plus grande pour les ablations de lipomes, de kystes de la cuisse que pour celles des tumeurs cancéreuses. L'innocuité de l'ablation des maxillaires atteints d'affections cancéreuses a été mise en lumière par M. Maisonneuve : on n'a jamais à la suite de ces grands délabrements signalé de cas d'infection purulente.

Communications.

Rhinoplastie pour une perte totale du nez.

M. Desprès. Les opérations de rhinoplastie pour une perte de tout le squelette cartilagineux du nez donnent des résultats plus beaux au début que plus tard ; avec le temps le nez finit toujours par s'aplatir. C'est ce qui ressort de la dernière discussion qui a eu lieu à la société. Denonvilliers disait que la rhinosplastie, pour une perte totale du nez substituait, une difformité ridicule à une difformité repoussante. Les opérations même de M. Ollier avec le temps n'échappent pas à cette éventualité finale: le nez s'aplatit toujours.

J'ai eu à faire l'année dernière un rhinoplastie, chez une jeune fille de 19 ans qui venait d'avoir un lupus, et qui avait perdu à la suite sa cloison du nez et le nez moins les deux ailes, dont la partie postérieure était conservée et remontée jusque sur les os nasaux. Il y avait à la place du nez une ouverture en cœur renversé

absolument semblable à l'ouverture des fosses nasales d'une tête de squelette.

Quand le lupus a été bien guéri depuis 6 mois, j'ai fait un nez en plusieurs temps et à intervalles de deux mois. Dans un premier temps, j'ai agi de la manière suivante: j'ai disséqué et abaissé ce qui restait des narines; il est resté un espace triangulaire à combler. J'ai pris de chaque côté sur les joues un lambeau quadrilataire à base à la racine du nez, et sur l'apophyse montante du maxillaire supérieur j'ai détaché les lambeaux ; je les ai réunis sur la ligne médiane, et j'ai réuni en bas chacun des lambeaux avec ce qui restait des narines ; j'ai employé de préférence comme moyen de suture les épingles à insectes très-fines et la suture entortillée. L'opération a bien réussi, et il n'y a pas eu l'ombre d'inflammation.

Dans le second temps, j'ai agrandi la narine de chaque côté, mais le bénéfice a été peu marqué ; j'avais incisé et suturé la peau et la muqueuse : les sutures métalliques que j'avais placées avaient coupé, néanmoins; comme j'avais une ouverture suffisante, je pouvais faire une sous-cloison.

Ce fut le dernier temps de l'opération. Je pris un lambeau de peau sur la lèvre supérieure, non pas sur la ligne médiane comme l'avait fait Dupuytren, ce qui force à tordre à l'excès le pédicule du lambeau, mais bien sur une ligne allant de la sous-cloison vers la commissure des lèvres; je n'ai donc point tordu le pédicule. La suture a été faite avec des épingles à insectes et la suture entortillée; elle a réussi complétement sans accidents. Cette sous-cloison étant trop large, je l'ai réduite comme l'a fait Gensoul pour le malade de Dupuytren.

Le nez de ma malade est donc aujourd'hui symétrique régulier, mais il n'a point de saillie, et cela a toujours été et sera toujours ainsi, parce qu'il n'y a pas de cloison des fosses nasales.

Pénétré de cette idée, je fais confectionner pour ma malade un appareil prothétique caché pour soutenir le nez. Des tentatives de ce genre ont été faites par Grœffe qui employait des canules à ressort, et je crois par M. Broca. Ce que j'ai fait faire à ma malade est une tige terminée d'un côté par une fourche qui portera sur vomer et y prendra un point d'appui, de l'autre par une boule qui poussera la pointe du nez d'arrière en avant et donnera au nez une saillie.

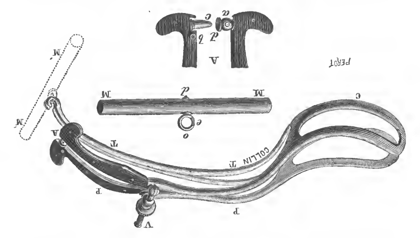
Le difficile est de passer la pièce prothétique; on la passe en avant par une narine que l'on dilate momentanément, ou bien on la passe comme l'on passe le fil pour tamponner les fosses nasales; on ramène la pièce d'arrière en avant à la suite du fil : ces manœuvres que j'ai répétées ne sont pas difficiles. Je montrerai

plus tard la malade aussitôt que sa pièce prothétique sera bien appropriée à l'état des parties.

Présentation d'instruments.

Forceps par M. Tarnier.

M. Tarnier. Je me suis appliqué, depuis quelque temps, à modifier le forceps. J'ai présenté à l'Académie de médecine deux modèles de forceps à branches croisées et je vous apporte aujourd'hui un forceps à branches parallèles construit d'ailleurs d'après les mêmes données. Les principes qui m'ont guidé sont les suivants: 1° faire des tractions suivant l'axe du bassin même au détroit supérieur; 2° appliquer la traction près du centre de la tête. Mon forceps présente de plus une aiguille indicatrice qui aide l'opérateur à bien diriger ses tractions.



Mon forceps se compose de branches de préhension et de tiges de traction. Les unes et les autres, dans le modèle que je vous présente, sont parallèles. Les tiges de traction se relient à une poignée transversale mobile dans tous les sens. Le forceps peut tourner sur son axe, alors même que la poignée est maintenue fixe; le mouvement de rotation de la tête peut donc se faire librement et indépendamment de l'opérateur. Quand, au contraire, on veut imprimer à la tête une rotation quelle n'exécute pas spontanément, il suffit de saisir en même temps les tiges de traction et les branches de préhension; on agit alors exactement comme on le fait avec le forceps classique.

Discussion.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Je demanderai à M. Tarnier quel avantage a pour lui le forceps à branches parallèles sur le forceps à branches croisées.

M. TARNIER. Avec le forceps à branches parallèles on évite le décroisement des branches de préhension et celui des tiges de fraction. D'ailleurs les avis sont très-partagés au sujet du mérite respectif des deux espèces de forceps.

Dans la plus grande partie de la France on n'emploie que le forceps à branches croisées; à Lyon on préfère le forceps à branches parallèles (Thenance, Valette, Chassagny).

J'ai voulu pouvoir m'adresser à tous les accoucheurs et, suivant leurs préférences, mettre à leur disposition mon forceps qui peut aussi bien être construit avec des branches croisées qu'avec des branches parallèles.

Communications.

Lymphadénome-malin chez un homme de dix-neuf ans; mort,

par M. PAULET.

Le 13 novembre 1875, je fus appelé en consultation par M. le Dr Léger, pour voir M. S..., âgé de 19 ans. Ce jeune homme portait, du côté gauche du cou, immédiatement en arrière du bord postérieur du sterno-cleido-mastoïdien, et par conséquent dans la région sus-claviculaire gauche, une tumeur située sensiblement à mi-distance entre la clavicule et l'apophyse mastoïde. La tumeur présentait le volume d'un gros œuf de pigeon; elle était dure, absolument indolente, sans changement de couleur à la peau, et n'avait contracté aucune adhérence ni avec les parties profondes, ni avec les téguments, de sorte qu'il était possible de la faire mouvoir en tous sens.

Les parents de M. S... ont toujours joui d'une excellente santé, lui-même était resté bien portant jusque-là, mais il était très-anémié au moment où je le vis, et sa peau pâle, presque blafarde, offrait une teinte qu'elle présente chez la plupart des individus fortement lymphatiques.

La tumeur pour laquelle on me consultait s'était développée depuis deux mois, sans cause apparente; elle était peu gênante, n'avait jamais été douloureuse et s'obstinait à rester stationnaire, malgré l'usage des fondants, des résolutifs de toute espèce, auxquels on avait fort judicieusement ajouté un traitement général par les toniques. En tenant compte du sujet, de la marche de la maladie, de ses symptômes actuels, je diagnostiquai sans hésitation une hypertrophie ganglion-

naire simple et je recommandai l'emploi d'un moyen qui m'avait été plusieurs fois utile en semblable circonstance, lorsque les résolutifs ont échoué, c'est-à-dire l'application, sur la tumeur, d'un vésicatoire volant destiné à déterminer la suppuration du ganglion malade. Il est bien entendu que j'insistai pour que le traitement interne fût continué.

Huit jours après je revis le malade. Le vésicatoire avait produit l'effet que j'en attendais ; la tumeur était devenue fluctuante et je pus la ponctionner sans difficulté. Toutefois, deux choses frappèrent mon attention après l'ouverture de cet abcès : 1° la quantité du pus, qui fut beaucoup moindre que j'étais en droit de m'y attendre, eu égard à l'étendue de la fluctuation ; 2° la qualité de ce pus, roussâtre et très-différent d'aspect de celui que j'avais obtenu d'autres fois. Néanmoins, l'idée d'une affection plus grave ne me vint pas à l'esprit; je recommandai de faire, dans la cavité de l'abcès, des injections légèrement excitantes, et je quittai le malade, bien convaincu que la petite ouverture resterait quelque temps fistulaire, mais qu'elle finirait par se fermer et qu'une guérison définitive s'en suivrait. J'étais loin de compte.

Dans les premiers jours de décembre, je fus mandé en toute hâte près de M. S... dont l'état avait singulièrement empiré et qui, me disait-on, était menacé d'asphyxie à bref délai. En arrivant près du malade, je fus surpris du changement qui s'était opéré dans sa physionomie : sa face, primitivement pâle, était devenue plus pâle encore, elle était maintenant livide, les lèvres étaient violacées et la respiration s'effectuait avec une peine extrême ; d'autre part, tout le côté gauche du cou, depuis la mâchoire jusqu'à la clavicule, était le siége d'une tuméfaction considérable, d'un empâtement paraissant aller, en profondeur, jusqu'au pharynx et à l'œsophage. La peau de cette région était rouge, et je crus de prime abord que sous l'influence d'une cause encore indéterminée, peut-être d'injections irritantes, il s'était développé là un phlegmon profond du cou. Le plus pressé était de donner issue au pus pour l'empêcher de fuser dans le médiastin et pour diminuer la compression du conduit laryngo-trachéal. Une incision pratiquée à la partie la plus déclive du triangle sus-claviculaire me permit d'aller jusque sous le sterno-cleido-mastoïdien, et donna issue à une petite quantité de pus roussâtre et mal lié, mais sans déterminer aucune amélioration.

Je pensai que le siége de l'abcès était peut-être ailleurs. J'avais remarqué que la voix du malade présentait ce timbre particulier qu'elle a chez les individus porteurs d'abcès rétro-pharyngiens. J'explorai l'arrière-gorge et je vis que la moitié gauche du voile du palais était très-notablement abaissée et tuméfiée, tandis que la paroi gauche du pharynx était soulevée et fortement poussée vers la ligne médiane. J'y plongeai mon bistouri, mais les incisions que j'y pratiquai ne donnèrent issue qu'à du sang pur ou à peu près pur. Force me fut d'abandonner la partie et j'en restai là, sans me rendre bien compte de la nature ni de la cause des accidents auxquels j'assistais.

A partir de ce moment, je vis le malade d'une façon régulière et j'eus la douleur de constater que son état ne fit qu'empirer. Au bout de quelques jours, toutes les ouvertures que j'avais faites s'étaient agrandies, leurs bords s'étaient renversés en dehors. Bientôt elles donnèrent passage à des végétations fongueuses du plus mauvais aspect et à une sanie horriblement fétide. Le doute ne m'était plus permis : j'étais en présence d'un lymphadénome malin, d'un véritable *cancer* ainsi qu'on eût dit il y a trente ans.

M. le professeur Gosselin voulut bien, sur ma demande, voir M. S..., et il lui suffit d'un instant pour confirmer mon dernier diagnostic. Comme je cherchais à justifier devant lui l'erreur que j'avais commise au début, il me répondit que la chose ne le surprenait pas, qu'il avait lui-même observé un cas tout à fait semblable et dans des conditions analogues, sur un jeune homme; qu'il avait commis la même erreur que moi en incisant un lymphadénome malin au lieu d'une adénite simple, et que son malade avait succombé. Pour le mien, le pronostic n'était pas douteux.

Peu après, en effet, les fongosités devinrent énormes, à leur surface se firent des hémorrhagies presque quotidiennes, enfin ce malheureux jeune homme, arrivé au dernier moment de la cachexie et du marasme, succomba dans le courant de janvier, cinq semaines environ après ma dernière et intempestive intervention.

Il résulte de cette observation, que j'ai commis une erreur de diagnostic d'autant plus grave qu'elle a manifestement été nuisible à mon malade. Les incisions que j'ai pratiquées, les recherches auxquelles je me suis livré pour trouver des abcès hypothétiques ont agi en quelque sorte comme un coup de fouet sur la maladie : aussi est-ce à partir de ce moment que sa marche a été rapide, envahissante, que l'issue fatale en est devenue certaine et rapprochée ; pourtant, depuis que j'ai eu l'occasion d'observer ce fait, j'y ai bien souvent réfléchi et j'en suis encore à me demander comment j'aurais pu faire pour éviter de commettre une semblable méprise. Le mode de développement de la tumeur, sa marche, ses symptômes lors de mon premier examen me conduisaient assez logiquement à admettre l'existence d'une simple hypertrophie ganglionnaire. D'ailleurs, l'apparence extérieure du malade, son âge, me rappelaient on ne peut mieux ces jeunes soldats atteints d'adénites cervicales strumeuses dont les exemples sont si nombreux dans nos hôpitaux militaires. Ne soupçonnant pas d'abord toute la gravité de l'affection, je ne me suis pas enquis de l'existence d'antécédents héréditaires au point de vue d'une diathèse cancéreuse ; mais, l'eussé-je fait dès le début, que cette enquête ne m'aurait servi en rien pour mon diagnostic. En effet, lorsque j'ai posé la question, alors que j'étais déjà fixé moi-même sur la nature de la tumeur, il m'a été répondu par la négative.

En résumé, je demande à mes collègues sur quels signes on peut se baser pour établir le diagnostic différentiel entre une hypertrophie ganglionnaire bénigne et un lymphadénome malin, entre les cas dans lesquels l'intervention chirurgicale est utile et ceux dans lesquels elle est non-seulement inutile, mais encore nuisible.

Discussion.

M. Verneuil. Je rappellerai qu'on a remis à M. Trélat, qui doit en rendre compte, une observation de M. Dubuc qui relate un fait de lymphadénome de l'amygdale et des ganglions cervicaux, c'est là le début ordinaire. Il s'est présenté hier à l'hôpital un malade qui avait une voix nasonnée ; je lui fis ouvrir la bouche, l'amygdale était grosse et les ganglions du cou engorgés : il s'agissait d'un lymphadénome. Je demanderai à M. Paulet si, au début, son malade n'avait pas une augmentation de volume de l'amygdale.

M. Tillaux. J'ai vu deux cas qui me paraissent rentrer dans le fait qui nous est soumis par M. Paulet.

Le premier a trait à un malade atteint de gonflement des ganglions cervicaux ; un de nos confrères pratiqua une incision ; il survint un développement énorme des ganglions qui amena l'asphyxie.

Mon second malade avait un épithélioma de la langue que j'enlevai à l'aide du thermo-cautère : une année se passe et je revois mon opéré porteur d'une tumeur fluctuante au niveau d'un ganglion. Je fais une incision, il s'écoule 40 ou 50 grammes de sérosité de mauvaise nature. Je fus rappelé 4 ou 5 jours après ; il y avait imminence d'asphyxie et je fus obligé de pratiquer la trachéotomie ; mon malade succomba rapidement.

Je ne puis donc répondre à M. Paulet qu'en lui disant qu'il y a au cou des tumeurs ganglionnaires qu'il ne faut pas toucher sous peine d'abréger la vie des malades.

M. Desprès. J'ai rencontré un certain nombre de cas de lymphadénome, de cancers des ganglions, et jamais je n'ai été tenté d'intervenir. Ma règle est celle-ci, c'est de consulter l'état général : s'il n'y a ni réaction générale ni irritation locale, c'est qu'on n'a pas affaire à un abcès ; il faut donc s'abstenir d'une intervention chirurgicale.

M. Paulet. La question que j'ai posée est celle-ci. Comment peut-on reconnaître les cas où l'intervention peut être nuisible.

Nous sommes habitués dans les hôpitaux militaires à voir beaucoup d'adénites et à les ouvrir lorsque la résolution ne nous paraît plus possible. Je répète que dans mon cas rien ne pouvait faire supposer qu'on avait affaire à une tumeur maligne. Je tiens de M. Gosselin qu'il a dans un fait analogue pratiqué une incision.

M. Larrey. Je demande à rappeler qu'en 1845 ou 1846, j'ai lu à l'Académie un mémoire sur la dégénérescence des ganglions du cou et leur extirpation. Je crois avoir signalé quelque chose d'analogue à ce que vient de nous rapporter M. Paulet: il y a quelquefois un ramollissement des masses ganglionnaires avec gonflement.

M. Verneuil. Si j'ai bien compris M. Paulet, notre collègue nous pose une question de diagnostic. « Je croyais, nous dit-il, avoir « affaire à une adénite pure et simple, c'était un lympho-sarcome. « Mon intervention a donné un coup de fouet à la production patho- « logique. Je voudrais bien éviter cette erreur une autre fois. » Je me suis occupé d'arriver à poser ce diagnostic, car j'ai commis une erreur absolument semblable.

Je crois que les renseignements contenus dans la thèse de M. Berger sur l'adénopathie cervicale rendent le diagnostic moins difficile. Le lymphadénome forme au moins au début une tumeur unilatérale, absolument indolente et ne déterminant qu'une grande gêne. Les malades sont vigoureux, n'ont aucun rapport avec les scrofuleux, et ne présentent pas surtout de scrofulides superficielles. La tumeur abandonnée à elle-même s'accroît, mais ne s'abcède pas ; elle est libre sous la peau et ne forme pas ces masses compactes de l'adénopathie scrofuleuse. On peut donc faire le diagnostic d'après les traits suivants: sujet jeune, robuste, adénopathie unilatérale, absence complète de scrofule.

Si l'on vient à intervenir, il se passe ce qui se passe dans les produits pathologiques ; j'ai vu ces jours-ci une tumeur du sein dans laquelle on avait fait une incision, un fongus apparut quelques jours après.

Quant à l'épithélioma il se forme des kystes dans les ganglions, et si l'on intervient, on voit survenir des fongus quelquefois très-volumineux.

M. Paulet. Nous voyons dans nos hôpitaux un grand nombre de cas d'adénopathie unilatérale du cou, indolente et ne gênant que par leur volume: il y aurait cependant inconvénient à ne pas intervenir.

M. Forget. J'ai suivi avec beaucoup d'intérêt ce qu'a dit M. Verneuil des caractères distinctifs du lymphadénome. Lisfranc, qui

connaissait bien ces tumeurs, les appelait cancer des glandes. On ne peut les confondre avec une adénite simple ou une adénopathie scrofuleuse ; il n'y a pas en effet de saillie formée par des agrégats de ganglions, c'est une tumeur à surface lisse, la peau est blanche, n'adhère pas à la périphérie ; enfin l'état parfait de la santé, sans aucune manifestation diathésique antérieure, est un signe de la plus grande importance.

M. Anger. M. Verneuil vient de nous dire que le lymphadénome était propre aux jeunes sujets. On l'observe chez les vieillards.

J'ai eu à soigner à Bicêtre un homme de 62 à 63 ans : il avait une amygdale énorme à laquelle je ne voulais pas toucher. Mon malade fut pris d'une telle dyspnée avec cornage que j'enlevai la partie saillante de l'amygdale. Les ganglions du cou se prirent, et la mort eut lieu un mois après mon intervention.

J'ai observé un cas à peu près analogue, et je me suis abstenu de toute intervention.

Il s'agissait d'un homme de 63 ans qui avalait difficilement, mais n'éprouvait aucune souffrance. Je trouvai sur l'amygdale un champignon volumineux, et la muqueuse saine était simplement distendue.

M. Cruveilhier. Je signalerai un cas où j'ai éprouvé quelque regret de ne pas être intervenu ; mes regrets seraient moins grands aujourd'hui, où je vois signaler tous les dangers d'une intervention, quelque réservée soit-elle.

Il s'agissait d'une femme de la Salpêtrière d'une cinquantaine d'années qui portait au côté droit du cou une tumeur ganglionnaire volumineuse et assez fluctuante. Je suivis sans rien faire les progrès de l'asphyxie et n'intervins que pour pratiquer la trachéotomie. La malade fut soulagée, mais transportée dans une pièce carrelée et froide elle contracta une pleurésie à laquelle elle succomba.

A l'autopsie je trouvai un verre de pus à peu près au centre de la masse ganglionnaire. Je me disais à cette époque qui remonte à huit années que si j'avais osé inciser j'aurais pu évacuer le pus et éviter ou reculer l'ouverture de la trachée.

Ce fait montre du moins que ces lymphadénomes peuvent suppurer.

M. Paulet. Je ferai remarquer, au point de vue de l'âge, que mon malade avait l'âge qu'ont tous les militaires atteints d'adénite, et que c'est encore là un signe diagnostic négatif.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le secrétaire,
Cruveilhier.

Séance du 23 mai 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

M. Tillaux présente, de la part de M. le Dr Fereol, une observation d'*Empyème pratiquée au moyen du thermo-cautère.* (Commissaire M. Tillaux.)

Présentation de malades.

Adénopathie cervicale. — Diagnostic douteux,

par M. Marjolin.

Il a été question du diagnostic entre les tumeurs bénignes et malignes développées aux dépens des ganglions, je demande à présenter à la Société un homme de 40 ans, d'une bonne constitution, ne portant de signes d'aucune diathèse et sans antécédents de famille. Il y a un mois chez lui apparaissait, au niveau de l'angle de la mâchoire, une petite tumeur du volume d'une olive, actuellement elle est plus grosse qu'une pomme d'api. Bien qu'habituellement indolente, cette grosseur est le siége d'élancements la nuit. Pour moi c'est une tumeur maligne, car je ne lui trouve en rien l'apparence d'une adénopathie scrofuleuse.

Discussion.

M. Duplay. Je ne fais aucun doute sur la malignité de la tumeur, mais je suis loin d'en faire un lymphadénome ; je crois que c'est un cancer des ganglions. J'ai vu dernièrement à l'hôpital Saint-Louis deux malades porteurs chacun d'une masse ganglionnaire cervicale : chez l'un cette tumeur était symptomatique d'un épithélioma laryngé, et j'ai dû faire la trachéotomie ; chez l'autre malade, bien que je n'aie pu m'assurer directement de la nature de l'affection comme chez le premier, les troubles de la déglutition, la présence sur la sonde œsophagienne de détritus sanguinolents,

me font penser qu'il y a une ulcération de la partie supérieure de l'œsophage. Je pense que le malade de M. Marjolin a également un cancer secondaire des ganglions du cou.

M. Verneuil. Je n'oserais pas me prononcer comme M. Duplay en faveur d'une altération secondaire des ganglions, je voudrais auparavant me livrer à un examen approfondi du sujet. Je ne connais pas de moyen de reconnaître par les simples caractères de la tumeur si on a affaire à une dégénérescence primitive ou secondaire. A côté de malades tels que celui que je soigne actuellement et qui a un épithélioma de l'épiglotte, j'en ai vu d'autres chez lesquels les ganglions étaient primitivement atteints. Je viens d'opérer pour la seconde fois un homme auquel j'avais enlevé, il y a cinq ans, un ganglion carcinomateux du cou ; l'examen microscopique fait concurremment au Collége de France et dans le laboratoire de la Pitié a montré aux deux époques la même structure histologique.

En résumé, j'incline dans le cas de M. Marjolin vers une tumeur maligne primitive des ganglions, sauf examen des cavités muqueuses. J'ajoute que je ne crois pas l'ablation de la tumeur impossible.

M. Duplay. Je suis de l'avis de M. Verneuil, en ce sens que je crois que la tumeur est un cancer et non un lymphodénome. Le point délicat est de distinguer le lymphodénome bénin du lymphosarcome. Je crois qu'ici nous n'avons affaire à aucune de ces deux tumeurs, mais à un carcinome.

M. Desprès. Je ne suis pas aussi défavorablement impressionné que nos collègues. Il y a un mois que la tumeur a commencé; elle a la consistance des lymphodénomes bénins: c'est aller un peu vite que d'en faire un cancer. J'essayerais en tout cas des révulsifs.

L'examen laryngoscopique n'a montré, à notre collègue M. Desormeaux, qu'une rougeur modérée des deux faces de l'épiglotte, et de la partie sus-glottique du larynx sans trace de tumeur ou ulcération qu'on puisse rapporter à une affection cancéreuse ou syphilitique.

Communications.

Deux cas de lithiase urique, avec coliques néphrétiques et déviation spasmodique de la taille, pris et traités pour un mal vertébral de Pott,

par M. Paulet.

En présentant à la Société cette courte communication, je n'ai d'autre but que d'attirer l'attention sur certains faits encore peu

étudiés et dans lesquels l'ensemble des symptômes a pu donner le change aux chirurgiens les plus expérimentés et leur faire croire à une affection grave de la colonne vertébrale, alors qu'il s'agissait de tout autre chose, d'une lithiase urique. Que ces faits se présentent à titre d'exception, c'est ce que j'admets volontiers ; toutefois, je crois que si on y regardait d'un peu plus près, il pourrait bien se faire qu'on les rencontrât plus fréquemment qu'on ne serait porté à le penser de prime abord. Je base cette croyance sur ce que M. Verneuil et moi avons été à même d'en observer deux exemples en moins de deux ans. D'un autre côté, je n'ai pas besoin d'insister pour faire comprendre combien une semblable erreur de diagnostic peut être préjudiciable aux malades, puisque le rachitisme et le mal de Pott d'une part, la lithiase urique d'autre part, sont justiciables de traitements diamétralement opposés. Sans aller plus loin dans l'exposé de ces considérations préliminaires, je me borne à relater ici les deux faits qui font le sujet de ma communication.

Obs. Ire. — A. L..., âgé de 12 ans, enfant délicat, un peu lymphatique, né de parents bien portants (j'ai su plus tard que la mère émettait assez souvent des urines très-sédimenteuses). Dans le courant de l'été de 1874, A. L... se plaint fréquemment de douleurs de ventre, d'estomac et surtout de reins ; il maigrit, devient pâle, en même temps que sa colonne vertébrale semble s'incurver légèrement. On consulte le Dr B., qui, voyant les yeux de l'enfant cernés et ses pupilles dilatées, soupçonne la présence de vers intestinaux, et prescrit la santonine. Le Dr B... ajoute que si la santonine ne détermine pas l'expulsion des parasites, c'est qu'il s'agit alors non plus d'une affection vermineuse, mais d'un mal de Pott, auquel cas on devra faire cesser à l'enfant tout espèce d'exercice, le condamner au repos absolu et le soumettre à un régime tonique, au lacto-phosphate de fer, etc.

La santonine ne produisit aucun effet, et les parents de A. L... le conduisirent à l'un de nos plus illustres professeurs, qui diagnostiqua une scoliose et prescrivit l'huile de foie de morue, les dragées de Rabuteau, le lacto-phosphate de chaux, moyens auxquels devait être ajouté l'usage d'un corset baleiné.

M. Verneuil fut consulté ensuite ; il ne constata ni mal de Pott, ni scoliose, mais il ne se prononça pas d'une façon formelle sur la nature de l'affection dans ce premier examen.

Puis ce fut le tour de l'un de nos distingués confrères des hôpitaux, dont l'opinion fut sans doute qu'il s'agissait d'une carie vertébrale, car il prescrivit le repos, un régime fortifiant, l'huile de foie de morue, l'iodure de fer, l'eau de Bussang, les bains sulfureux.

Enfin, de consultation en consultation, on en vint à me demander mon avis, au mois de décembre de la même année. Je trouvai l'enfant pâle, ayant même une teinte terreuse et comme cachectique, avec un peu de bouffissure de la face. La portion dorsale du rachis était

légèrement incurvée, avec concavité tournée à droite, mais on ne trouvait dans les autres régions aucune courbure de compensation. Saillie de la première apophyse épineuse lombaire ; mais une pression assez énergique exercée tant sur cette apophyse que sur toutes les autres ne provoquait la moindre douleur en aucun point. Au contraire, une pression moins forte, portée sur les parties latérales de la région lombaire, déterminait une vive douleur plus accusée à droite qu'à gauche. En présence de ces symptômes et après avoir examiné soigneusement la cavité abdominale sans y trouver la moindre trace d'abcès par congestion, je n'hésitai pas à déclarer que l'enfant n'avait pas de mal de Pott; seulement, je fus un peu plus embarrassé, je l'avoue, quand il s'agit de dire ce qu'il avait, et je demandai à revoir le petit malade en compagnie de M. Verneuil, avec qui je m'étais trouvé d'accord pour nier l'existence d'une carie vertébrale, et grâce à qui je comptais arriver à formuler un diagnostic positif.

Dans cette seconde consultation, nous tombâmes bien vite d'accord pour éliminer toute affection du rachis ; mais je restais encore indécis, lorsque M. Verneuil, appelant mon attention sur le caractère particulier de la douleur lombo-abdominale, me dit que nous pourrions bien avoir affaire à une maladie des reins, et m'engagea en conséquence à examiner les urines, tant au point de vue chimique qu'au point de vue histologique. Je procédai dès le lendemain à cet examen, et voici ce que je constatai.

L'urine était trouble, jumenteuse. Après l'avoir abandonnée au repos pendant trois quarts d'heure environ, elle laissa déposer un sédiment extrêmement abondant, représentant à peu près le cinquième de la quantité que l'on m'avait envoyée. La partie liquide, examinée après décantation, avait une coloration normale, sans teinte particulière ; elle était fortement acide et d'une densité relativement élevée (1,026) ; elle ne contenait ni sucre ni albumine. Quant au dépôt, il était entièrement constitué par des urates.

Cette fois, le diagnostic n'était plus douteux, il s'agissait bien là d'une lithiase urique, et les vives douleurs dont l'enfant se plaignait de temps à autre n'étaient que des coliques néphrétiques.

Le traitement était tout indiqué ; nous prescrivîmes l'exercice, la gymnastique, un régime peu azoté, les bains alcalins et l'eau de Contrexéville. Sous l'influence de ces moyens, l'amélioration ne se fit pas attendre, les urines devinrent limpides, les forces revinrent, les crises douloureuses diminuèrent d'intensité, puis disparurent définitivement; enfin, je cessai de voir le petit malade au mois de mars 1875, le considérant comme à peu près guéri, et après avoir recommandé aux parents de le conduire à Contrexéville.

Je l'ai revu au mois d'avril dernier, c'est-à-dire deux ans après ma dernière visite ; la guérison ne s'est pas démentie, la taille s'est redressée, les douleurs rénales n'ont plus reparu, et l'on peut dire que l'enfant se porte bien autant que possible.

La seconde observation n'est en quelque sorte que la reproduction de la précédente. J'en dois la connaissance à M. Verneuil, qui

avait été frappé de l'identité de ces deux cas, et qui a bien voulu me faire voir le malade alors qu'il était déjà en voie d'amélioration. M. le Dr Bloch a donné des soins à ce dernier malade pendant plusieurs mois, et c'est d'après l'excellente rédaction qu'il en a faite, le 12 avril dernier, que je transcris ici cette observation.

Fernand L..., âgé de 11 ans, lymphatique, sans manifestations strumeuses, actuellement obèse, né d'un père rhumatisant : plusieurs névralgies sciatiques, entéralgie et diarrhées fréquentes, migraine, douleurs musculaires et articulaires; et d'une mère également arthritique: névralgies intercostales , diarrhées rebelles, urines chargées d'urates, coliques néphrétiques.

L'enfant a eu, à l'âge de 6 ans, des douleurs de reins qui l'ont forcé de garder le lit pendant une quinzaine de jours.

Il a été traité à cette époque par des applications irritantes, comme pour une douleur rhumatismale.

Ces accidents ne reparaissent que trois ans plus tard, vers le mois de janvier 1875.

Les douleurs sont très-violentes. L'enfant se rappelle, et me raconte qu'en classe *il se tordait sur son banc.*

Il maigrissait, il avait peine à marcher longtemps. On s'aperçoit *qu'il se tient mal.*

Le traitement consiste, comme la première fois, en emplâtres, liniments excitants, etc.

En juin 1875, le père du malade, inquiet de la persistance de l'affection, de l'amaigrissement, de la déviation de la taille de son fils, écrit au médecin du collége d'examiner son enfant nu.

Le Dr M... se rend à cette demande, et répond immédiatement qu'il faut venir chercher le malade sans retard et le conduire chez le Dr B..., disant qu'il a constaté une déviation de la colonne vertébrale, causée par une affection osseuse avec saillie de deux apophyses épineuses.

On consulte le Dr B... qui affirme l'existence du mal de Pott, ordonne un repos absolu, des phosphates, une alimentation fortement tonique, un corset, etc.

Le Dr de S..., consulté presque en même temps, porte le même diagnostic et indique un traitement semblable, à cette différence près, que le repos qu'il impose est un peu moins sévère que dans la consultation du Dr B...

C'est à cette époque que je vois l'enfant pour la première fois. Je constate aisément la déviation de la colonne vers la gauche, et la saillie des deux dernières dorsales.

La pression sur les vertèbres n'était pas douloureuse et ne l'a jamais été. Les douleurs spontanées étaient peu vives, mais la faiblesse était grande, ainsi que la difficulté de la marche et même de la station debout.

CLICHY. — Imp. PAUL DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12. (528, 6-7. .— *Le gérant* : MASSON.

Tout en rassurant les parents et en leur faisant espérer qu'il ne s'agissait pas du mal de Pott, j'avoue que devant l'autorité des deux chirurgiens qui avaient donné leur avis, je restais fort perplexe. N'ayant pas assisté à une attaque de douleur vive, je ne savais à quoi attribuer le mal, et la seule pensée qui me vînt, était que nous avions affaire à une déviation par contracture musculaire. L'enfant fut réduit à l'immobilité, et resta couché presque absolument pendant 18 mois.

Il n'eut pas de douleurs tout ce temps, et engraissa peu à peu. Son appétit se maintint excellent On le conduisit plusieurs fois chez le Dr B... La déviation semblait s'atténuer peu à peu, ce que l'honorable chirurgien attribuait au traitement.

En décembre 1876, sans cause appréciable, survinrent de nouvelles douleurs, d'abord sourdes, et qui augmentaient lorsqu'on promenait l'enfant en voiture, seul exercice qui lui fût permis.

Le Dr B... attribua le retour des accidents à un relâchement dans le régime qu'il avait prescrit et maintint son diagnostic. Les douleurs, malgré un repos plus rigoureux que jamais, durèrent tout le mois.

On m'appela vers la fin de décembre. J'examinai l'enfant, je constatai de nouveau l'insensibilité des vertèbres proéminentes, l'absence de douleur ou de gonflement dans les fosses iliaques, et j'attribuai le mal à des coliques néphritiques. J'ordonnai l'eau de Contrexeville, et je parlai de bains qu'il serait utile de commencer bientôt, malgré la proscription formelle du Dr B...

Les douleurs diminuèrent assez rapidement.

On me rappela vers la fin de janvier 1877. L'enfant souffrait horriblement. Il ne pouvait faire aucun mouvement, il avait perdu entièrement l'appétit et le sommeil.

J'affirmai de nouveau et résolûment le diagnostic : coliques néphritiques; je prescrivis l'eau de Contrexeville à prendre d'une façon régulière, l'application de chloroforme sur les reins et, devant l'hésitation anxieuse de la famille, décidé à chercher cette fois un arbitrage sans réplique, je priai M. le professeur Verneuil de venir examiner mon malade.

La consultation eut lieu le 24 janvier.

M. Verneuil fit asseoir l'enfant dans son lit, ce qui fut difficile à obtenir, et causa de grandes souffrances au petit malade : le moindre mouvement le faisait gémir.

La palpation des reins, du rein gauche surtout, donna un résultat saisissant : l'enfant poussait un cri à la moindre pression. Inversement, aucune douleur aux apophyses épineuses, pas plus qu'en avant dans la profondeur des fosses iliaques.

A la suite de cet examen, M. Verneuil affirma que la colonne vertébrale était intacte, et que tout le mal venait des reins, du rein gauche surtout. Qu'il fallait donc cesser immédiatement tout traitement d'un prétendu mal de Pott, et qu'après l'examen des urines (je ne trouvai à l'analyse que des urates), il fallait instituer le traitement de la lithiase existante.

Il me conseilla de faire des injections hypodermiques de morphine,

de continuer les applications de chloroforme, l'eau de Contrexeville, de commencer les bains alcalins, l'eau de Vichy s'il s'en présentait l'indication spéciale après analyse, d'interrompre le régime tonique de l'enfant, et de lui faire faire des promenades progressives aussitôt que possible, et des exercices gymnastiques, après cessation de l'accès.

Les douleurs vives cédèrent rapidement. La gêne persista pendant une quinzaine et durait encore lorsque M. Verneuil revint au bout de ce temps.

Cette fois, il amenait avec lui M. le professeur Paulet. Ils avaient été déjà témoins ensemble d'un cas semblable.

J'ai revu le petit malade. Il va rentrer au collége. Il ne porte plus de corset. Sa taille est à peu près redressée, l'urine est claire, l'obésité causée par l'immobilité diminue peu à peu.

Le traitement est continué avec des repos de plus en plus longs.

Discussion.

M. Desprès. Ces observations ne me paraissent pas aussi rares qu'à notre collègue : on sait que les coliques néphrétiques se rencontrent quelquefois chez les enfants. La question du diagnostic différentiel offre plus d'intérêt, bien que je ne sois pas d'avis que le diagnostic posé de mal de Pott soit une erreur grave ; on admet, en effet, assez facilement que les enfants sont prédisposés au mal de Pott, tandis que la scoliose non rachitique apparaît surtout chez les jeunes filles au moment de la puberté.

M. Marjolin. Je trouve pour ma part ces faits très-intéressants ; ils le sont en raison de leur rareté qui est si grande, que je n'en ai pas vu d'analogue.

Quant au diagnostic de mal de Pott, il est certain que l'on est conduit à soupçonner cette affection sans qu'aucun signe se manifeste du côté des os, puis tout d'un coup une inclinaison de la colonne se produit. J'ai souvent rappelé l'histoire d'un enfant de 10 à 11 ans qui, par la nature de sa démarche, les douleurs qu'il éprouvait, paraissait atteint de mal vertébral ; je le suivis six mois et je croyais à la fin à un cas de simulation, lorsque brusquement une gibbosité se manifesta.

Je répète que les faits rapportés par M. Paulet sont très-intéressants et que l'erreur de diagnostic se comprend très-bien.

M. de Saint-Germain. Je suis d'avis que les faits de M. Paulet sont rares et très-instructifs. Quant à la difficulté du diagnostic elle est réelle : non-seulement, en effet, je me suis trompé même après examen attentif, mais j'ai vu M. Bouvier ajourner des malades

afin de poser le diagnostic même après avoir soigneusement fait l'examen clinique.

Les deux observations de M. Paulet nous porteront à faire, ce qu'on ne fait jamais, l'examen des urines : c'est un signe diagnostique qui permettra d'éviter des erreurs.

Communications.

Observation de psoriaris cutané transformé en épithélioma,

par M. Tillaux.

Je n'ai pas besoin de rappeler que c'est M. Debove, élève de M. Bazin, qui a le premier indiqué la transformation du psoriasis lingual en épithélioma, et que peu de temps après M. Trélat publiait des observations d'épithéliomas confirmés, survenus au niveau de plaques de psoriasis lingual.

Je ne sache pas qu'il ait été publié un cas analogue au mien, c'est-à-dire un fait d'épithélioma d'une autre partie du corps, ayant pour origine une plaque de psoriasis.

Voici le résumé de l'observation, qui selon moi ne laisse aucune place au doute.

J'ai opéré le 17 mai un énorme épithélioma du dos qui occupait surtout le côté droit de la masse sacro-lombaire. Bien qu'il eût l'étendue du fond d'un chapeau et qu'il fût ulcéré, le malade avait conservé une grande vigueur. Il y a 11 ans, le 13 mai 1866, M. Hardy avait été consulté et son ordonnance porte : plaque de psoriasis isolé ; son diagnostic est le même 2 ans après. Le malade s'adressa ensuite à M. Bazin et lui fit 28 visites ; dès la première, qui eut lieu en 1870, M. Bazin diagnostiqua un adénome ulcéré au centre, puis en octobre 1874, il prononça pour la première fois le mot de cancroïde.

J'ai opéré le malade il y a 8 jours. La tumeur qui, comme je l'ai dit, occupait la région dorso-lombaire et avait le volume du fond d'un chapeau, était mobile ; elle adhérait cependant en partie à l'aponévrose de la masse sacro-lombaire, et il m'a fallu mettre à nu les fibres musculaires qui étaient saines. L'examen microscopique a montré que la tumeur était formée aux dépens des glandes sudoripares et que M. Bazin avait eu raison de dire adénome.

Il me semble qu'il faudrait déduire de cette observation la connaissance pratique suivante, c'est qu'il faudrait ne pas attendre aussi longtemps pour pratiquer l'opération et suivre pour les autres régions le précepte que M. Trélat a formulé pour la langue.

Je veux dire un mot sur l'emploi du thermo-cautère, question qui est à l'ordre du jour de la Société. Je n'ai pu achever mon opé-

ration comme je l'avais commencée, c'est-à-dire en me servant du cautère Paquelin ; il se forma une fumée telle que la chambre, qui était petite, en était remplie et qu'elle masquait même la région à opérer. Je vis de plus une hémorrhagie naître sous le thermo-cautère, et comme mon opération était à peine commencée, je la terminai rapidement à l'aide du bistouri.

Discussion.

M. Desprès. M. Tillaux vient de nous dire qu'il était d'avis d'opérer les épithéliomas de bonne heure ; j'ajouterai quand ils sont ulcérés. Je vois dans ce moment un malade de 84 ans qui porte depuis 30 ans un épithélioma du siége ; il n'y a encore aucune portion d'ulcérée : on a bien fait de ne pas intervenir.

M. Terrier. Je ferai remarquer à M. Tillaux que, d'après l'examen attentif que j'ai fait avec M. Debove lui-même, des préparations anatomiques du psoriasis lingual, on ne peut lui assimiler le psoriasis cutané.

A la langue, c'est une affection analogue à l'ichthyose et de plus on ne voit jamais coïncider le prosiarsis lingual et cutané. Je crois donc qu'on ne peut établir de comparaison entre les deux ordres de faits : psoriasis lingual et cutané.

M. Trélat. Je partage le sentiment plutôt que l'opinion de M. Terrier. On peut, en effet, discuter sur la nature du psoriasis lingual, et à ce sujet le travail de M. Debove a un peu vieilli. Mais cela nous importe peu, à nous cliniciens. Nous voyons les cancroïdes naître des cautères, des cheloïdes, des vésicatoires, de tous les points où se trouve une cause d'irritation. Presque au même moment, en Angleterre, en Amérique, en France, on note l'apparition d'épithélioma sur des plaques de psoriasis de la langue. Que le fait apporté par M. Tillaux diffère donc des cas de psoriasis lingual par la nature de l'altération primitive, cela ne me préoccupe pas. J'en viens à l'opportunité de l'opération. M. Tillaux me fait dire qu'il faut opérer rapidement. La formule que j'emploie est celle-ci : lorsque les plaques du psoriasis lingual deviennent végétantes, il faut opérer. Ma première opération fut faite sur un officier supérieur, chez lequel, 5 ans auparavant, j'avais constaté un psoriasis léger de la langue ; je fis l'ablation lorsque la plaque présenta une disposition tuberculeuse. L'examen histologique montra que l'altération était sur la limite du cancroïde.

Je suis donc d'avis d'enlever les plaques de psoriasis lorsqu'elles deviennent végétantes, et dans le cas de M. Tillaux j'aurais agi au moment où l'on m'aurait dit : adénome.

M. Tillaux. Je répondrai à M. Desprès que le malade n'était pas très-âgé et que je crois avoir bien fait de l'opérer. Quant à l'argumentation de M. Terrier, je dirai que peu m'importe la pathogénie du psoriasis lingual ou cutané. Mon raisonnement est le suivant : une plaque de psoriasis lingual donne assez fréquemment naissance à un cancroïde ; je rencontre un cancroïde de la peau qui a manifestement succédé à un psoriasis cutané et je rapproche les deux ordres de faits.

Je répondrai enfin à M. Trélat que je ne serais pas disposé à attendre l'ulcération, en face surtout de l'isolement de l'affection, et que je ferais l'ablation du derme.

M. Trélat. Je ne veux parler que du psoriasis de la langue, au sujet duquel les observations sont nombreuses, et je dis que dans ce cas la doctrine de M. Tillaux me paraît inacceptable. Le psoriasis lingual se comporte de telle façon, qu'il y a des gens qui ont présenté du psoriasis pendant 30 ans et plus, sans épithélioma ; mais dès que la plaque végète, grossit, j'en fais l'ablation.

Quant au psoriasis cutané, je n'ai pas l'expérience. Si le cancroïde lui succédait fréquemment, je serais d'avis de l'enlever, mais s'il en est comme pour la langue, il faut suivre la même ligne de conduite, attendre que la plaque se modifie. Comme il n'est pas certain, mais possible, que l'affection se transforme, il faut attendre qu'elle témoigne qu'elle va se modifier. Je ferai remarquer en terminant que nous avons conquis au sujet du psoriasis une notion absolument nouvelle qui a modifié singulièrement la pratique.

M. Terrier. Je répète que je ne conteste pas la pratique adoptée par M. Tillaux, mais l'analogie entre les processus du psoriasis lingual et cutané. Toute l'observation de M. Tillaux est échafaudée sur le diagnostic fait par M. Hardy. J'ajoute que je ne sache pas que le psoriasis se soit jamais présenté sous forme d'une plaque isolée ou tégument externe. Je tiens à ce que mon observation soit spécifiée.

M. Trélat. Quand même le diagnostic ne serait pas exact, il resterait qu'un médecin des plus compétents a diagnostiqué une plaque de psoriasis cutané et qu'un chirurgien a au même point enlevé, 10 ans plus tard, un cancroïde : cela ne change donc pas la question.

De l'opération de la fistule vésico-vaginale en plusieurs temps,

par A. Courty.

Bien qu'elle soit une des plus sûres conquêtes de la chirurgie moderne, l'opération de la fistule vésico-vaginale par le procédé

américain n'en a pas moins ses revers. Elle peut, comme toutes les opérations, être suivie d'accidents mortels. Heureusement ces accidents sont relativement rares, et en déterminant, comme je l'ai fait dans un travail que j'espère pouvoir communiquer prochainement à la Société, les circonstances dans lesquelles ils se développent, on peut espérer d'en amoindrir encore le nombre.

Mais ce qui est bien plus fréquent, c'est la non réussite de l'opération, c'est la nécessité d'y revenir à plusieurs reprises, une seconde fois, souvent une troisième ou quatrième fois, avant d'oblitérer parfaitement la fistule. Il est des fistules pour lesquelles on ne peut guère prévoir d'avance les difficultés, l'échec tenant à des circonstances indépendantes des dimensions de la fistule et des autres conditions en apparence favorables à la réunion. Il en est d'autres, au contraire, pour lesquelles l'étendue de la solution de continuité, la perte de substance, la distance qui sépare les bords, l'irrégularité même et la multiplicité des lèvres de la plaie, peuvent faire prévoir, en même temps que les difficultés de l'opération, les chances nombreuses défavorables au succès.

Dans ces cas, il peut se présenter deux circonstances différentes : ou bien les bords de la plaie ne jouissent pas d'une mobilité suffisante, et il faut alors chercher d'autres méthodes de guérison, par exemple une autoplastie à lambeaux susceptibles de déplacement, d'enjambement, etc. ; ou bien les bords jouissent d'une mobilité suffisante, l'utérus notamment s'abaisse de lui-même ou se laisse abaisser de manière à faire espérer qu'on pourra combler le vide laissé par la perte de substance ; le col de cet organe a des dimensions considérables favorables à cette occlusion, et alors il faut se contenter de l'opération ordinaire ; mais il faut en assurer le succès, il faut prévenir le découragement des malades qui refusent une seconde ou troisième opération après la non réussite d'une première opération longue, douloureuse et surtout suivie des soins les plus pénibles pour la malade elle-même plus encore que pour le chirurgien. C'est pour ces cas que j'ai imaginé l'opération en plusieurs temps. Au lieu de faire courir à la malade les chances d'un découragement qui la fait souvent renoncer à poursuivre sa cure, je préfère lui déclarer dès l'abord qu'il faut pratiquer trois ou quatre opérations à deux ou trois mois d'intervalle l'une de l'autre, opérations qui n'entraîneront pour elle aucun soin, surtout aucune douleur consécutive, et qui n'auront aucun des pénibles embarras inévitables à la suite de l'opération complète.

Voici comment j'opère :

Je fais choix d'un des angles de la solution de continuité ; j'avive les bords ou plutôt, d'après la méthode américaine, les

surfaces avoisinant les bords les plus rapprochés les uns des autres, ceux dont l'angle de réunion est le moins ouvert, je les affronte, j'y applique cinq ou six points de suture et je reporte la malade dans son lit, sans placer de sonde dans l'urèthre, précaution inutile puisque la vessie n'est pas fermée, sans réclamer de ma malade ni immobilité, ni décubitus dans un sens plutôt que dans un autre, ni constipation forcée, etc. Je ne réclame d'elle qu'une propreté excessive, des lotions et des injections détersives, désinfectantes très-fréquentes. Au bout de 6 à 12 jours, j'ôte les fils et je laisse ma malade se reposer 1 mois ou 2.

Après ce repos, j'entreprends la réunion d'un second angle de la plaie, de la même manière, avec aussi peu de soins consécutifs, aussi peu de gêne ou de précautions pour la malade.

Si ces deux opérations ont réussi, et il est bien rare qu'il n'en soit pas ainsi, puisqu'elles ont été pratiquées sans aucune gêne pour la malade, sans tiraillement de la plaie, sans tendance de l'urine à filtrer à travers la ligne de réunion, puisque l'urine n'est pas retenue, enfin, dans les conditions les plus favorables au succès ; si une troisième devient nécessaire dans les mêmes conditions, je la pratique de même. J'obtiens enfin d'avoir, par ces deux ou trois opérations préliminaires, incomparablement plus simples, moins douloureuses, plus disposées au succès que l'opération définitive, réduit la fistule aux dimensions d'une fistule désormais curable par une seule opération, d'une fistule à direction transversale ou à peu près transversale, d'une fistule qu'un col volumineux a souvent de la tendance à combler naturellement pour peu qu'on le retienne pendant quelques jours abaissé vers la vulve ou vers l'urèthre.

Il ne manque plus qu'à faire l'opération ultime ou définitive.

Je pratique alors cette opération comme dans les conditions ordinaires, comme ce que j'appellerai l'opération type. Inutile d'en donner ici la description. Je me contenterai de dire seulement que je fais tout mon possible pour en assurer le succès. Dans ce but, j'ai soin, dans tous ces cas, de relâcher les deux lèvres de la plaie par les deux moyens suivants que je mets, du reste, très-souvent en pratique, presque depuis le moment des premières opérations que j'ai pratiquées : le premier moyen consiste à faire une incision semi-lunaire profonde, intéressant l'aponévrose superficielle, au-dessus et autour du méat urinaire, incision qui suffit pour produire aussitôt, entre la lèvre supérieure de cette incision et le méat, un espace saignant, béant, de forme ogivale, et qui fait descendre le méat de 1 à 2 centimètres, par conséquent relâche et rapproche tout le canal de l'urèthre et la paroi correspondante du vagin de la ligne de réunion de la fistule ; le second moyen consiste à passer

un ou deux fils forts de fer ou de soie à travers une lèvre du col utérin et à les attacher sur un bouchon de liége retenu à la vulve. On fait ainsi descendre les deux lèvres de la fistule à la rencontre l'une de l'autre, on fait cesser tout tiraillement sur les fils, et par conséquent, on se donne quelques chances de plus de voir la réunion se faire par première intention.

Quant à la sonde à demeure dans la vessie, je m'en abstiens le plus souvent, et je préfère faire sonder la malade toutes les deux heures par mon élève ou par une infirmière ou simplement par une parente de la malade bien dressée. J'ai pris cette résolution depuis que j'ai vu des opérations échouer par suite de contractions vésicales réflexes violentes ou de cystite aiguë provoquées par le séjour de la sonde dans la vessie, et depuis que j'ai vu chez d'autres malades, dans mon service d'hôpital, se développer des ulcères diphtériques et gangréneux du sacrum à la suite du décubitus pelvi-dorsal prolongé auquel oblige le séjour de la sonde dans la vessie.

Présentation d'instruments.

Je suis bien aise de profiter de l'occasion que j'ai d'entretenir quelques instants la Société pour lui montrer en même temps quelques instruments de mon invention :

1° Une aiguille creuse perpendiculaire à l'axe, pour faciliter la suture de la fistule vésico-vaginale sur les parois latérales du vagin. M. Mathieu la fabriqua sur ma commande et mon dessin. Il y ajouta plus tard le chasse-fil ;

2° Deux pinces érignes. que je recommande comme des plus utiles à introduire dans la trousse du gynécologue. Une divergente, pour attirer et retenir le col de l'utérus ; une convergente, à glissement, destinée au même usage et pouvant être décomposée en deux fines érignes d'une utilité si fréquente ;

3° Une aiguille perpendiculaire à l'axe, sur le modèle de l'aiguille de Deschamps, pour la résection des métacarpiens et des métatarsiens ;

4° Une aiguille de même forme, double (une droite, une gauche), pour la résection du maxillaire supérieur, facilitant et surtout rendant plus rapide le passage de la chaîne-scie à travers la fente sphéno-maxillaire, ce qui n'est pas très-aisé quand on suit pour l'incision des parties molles l'excellent procédé de Nélaton (milieu de la lèvre, sillon naso-labial et sous la paupière) ;

Un extracteur vésical pour les tiges rigides et flexibles dont je me suis servi en avril 1850, et que M. Le Fort a cité dans sa der-

nière édition de la chirurgie de Malgaigne, en oubliant qu'il était sorti des ateliers de Bourdeaux, à Montpellier.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire,
CRUVEILHIER.

Séance du 30 mai 1877.

Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger ;

2° Le troisième fascicule (2e partie) du *Traité d'anatomie topographique* de M. Tillaux;

3° Une brochure de M. Depaul intitulée : *Etude sur une forme insolite que peut prendre l'utérus pendant la grossesse ;*

4° M. le Dr Fontan adresse à la Société un travail imprimé sur le *Traitement des hémorrhoïdes par la dilatation forcée ;*

5° M. Larrey offre le fascicule n° 7, du tome II, des *Bulletins de la Société médicale d'émulation ;*

6° M. le Dr Paquet, de Roubaix, adresse une observation de *Section traumatique du tendon d'Achille* (commissaires : MM. Delens, Polaillon, Ledentu) ;

7° M. Brière, du Havre, adresse une observation de *Cancroïde du nez* (commissaires : MM. Horteloup, de Saint-Germain, Delens) ;

8° M. Fleury, de Clermont, membre correspondant, adresse l'observation suivante :

En lisant les comptes rendus des travaux présentés à la Société de chirurgie, je regrette vivement ne pouvoir y prendre part, malheureusement, lorsque les journaux m'arrivent, le sujet de la discussion est terminé, et les faits que je pourrais publier n'ont plus le même intérêt.

Dans sa séance du 23 mai, M. le Dr Tillaux a communiqué une observation relative à la transformation d'un psoriasis en épithélioma qui avait son siége à la région dorso-lombaire.

Il y a 18 jours, j'ai dû amputer la jambe à un malade pour le

débarrasser d'une affection de la même nature. C'était un homme fort, bien constitué, exerçant la profession de maréchal-ferrant; depuis 3 ans il était aux prises avec une affection vénérienne qui a été combattue par une médication prolongée et qui s'est terminée par un psoriasis du talon et de la plante du pied gauche.

Elle avait débuté par un chancre à la verge qui a été traité par des préparations mercurielles; l'affection s'est ensuite reproduite à la peau sous forme de syphilide pustuleuse : des pilules de sublimé additionnées d'iodure de potassium, du sirop de Gibert, de l'iodure de potassium seul ont été donnés à des doses élevées ; le mal se reproduisait avec une opiniâtreté extrême.

Cette année une plaque de psoriasis s'est montrée au talon, de là elle s'est étendue à la plante du pied qu'elle a envahie presque en totalité.

J'ai cru un instant au principe herpétique, l'état général était resté excellent, la constitution n'avait en rien souffert de cette affection.

J'ai substitué aux mercuriaux, aux dépuratifs iodés dont ce malade avait été saturé, les préparations arsenicales. Comme application locale, l'huile de Cadez, la teinture d'iode, tout a échoué.

Les squames ont bientôt été soulevées par des végétations humides dont le point de départ était les papilles du derme; une odeur des plus fétides ne m'a bientôt plus laissé aucune espèce de doutes sur la transformation du psoriasis en carcinome épithélial.

Le malade, fatigué de garder le lit, m'a demandé avec instance à se faire amputer la jambe; j'ai hésité pendant assez longtemps; une extirpation partielle me paraissait peut-être préférable, mais quelques taches violacées sur le dos du pied, au tiers inférieur de la jambe, m'ont fait craindre de voir le mal se reproduire dans ces parties, je me suis donc décidé à opérer la section du membre au lieu d'élection.

Le malade était dans d'excellentes conditions, il désirait vivement être débarrassé d'un mal qui empoisonnait son existence; l'opération a parfaitement réussi.

Qu'arrivera-t-il plus tard? la maladie se reproduira-t-elle sur d'autres organes? C'est ce que l'avenir nous apprendra.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Marjolin. A l'occasion de la communication de M. Paulet, sur deux cas de lithiase rénale, il a été question du diagnostic du mal de Pott. Il est, selon moi, excessivement rare qu'un malade

atteint soit de tumeur blanche, soit de mal de Pott, n'ait pas dans la famille des tuberculeux. J'ai présent à l'esprit le fait de deux frères, dont l'un a été atteint de gibbosité et le second d'hydarthrose du genou dégénérée par l'incurie des parents en tumeur blanche. Aussi lorsqu'un malade présente une douleur le long des gouttières vertébrales et qu'on trouve une affection tuberculeuse chez les parents, on peut craindre un mal de Pott. A quel traitement faut-il soumettre les malades? j'attache la plus grande importance à une immobilité absolue dans la gouttière de Bonnet, au moins la nuit : j'ai pu de cette façon arrêter des gibbosités commençantes. Il ne faut donc pas trop se hâter de faire porter un corset; la gouttière vous permet de déplacer l'enfant et facilite la cicatrisation osseuse.

Rapports.

Rapport de M. de Saint-Germain sur un mémoire de M. Poinsot intitulé : *De la trachéotomie par le thermo-cautère.*

Messieurs,

S'il est une situation embarrassante, c'est à coup sûr celle d'un rapporteur qui, au moment ou un travail lui est confié, croit avoir son siége fait et une opinion formée et qui, une fois la lecture du travail achevée, voit s'ébranler une à une ses convictions premières et se demande quelles conclusions il doit poser.

Cette situation est la mienne, Messieurs; vous avez pu voir avec quelle chaleur j'exaltais dans une des dernières séances l'application du thermo-cautère à la trachéotomie. Je venais, il est vrai, d'assister à une opération irréprochablement exécutée par mon ami le Dr Krishaber, et je me laissais aller entier à mon enthousiasme, à vous donner à l'appui du thermo-cautère une observation peut-être prématurée, à coup sûr incomplète, qui me valut les foudres de M. Desprès.

Aujourd'hui j'ai voulu vous rendre compte du travail du Dr Poinsot. M. Poinsot vous a envoyé un mémoire remarquable relatif à l'emploi du thermo-cautère dans la trachéotomie; il croit à sa grande valeur dans l'espèce, et se base sur des observations bien prises pour affirmer la supériorité de la méthode, tant au point de vue des accidents primitifs que relativement au résultat final toutes les fois qu'il lui a été donné de l'observer. J'ai pris connaissance de ces observations; je les ai lues, relues et je dois le dire : non-seulement la conviction de M. Poinsot n'a pas été entièrement partagée par moi; mais j'ai été frappé de certains accidents consécutifs qui m'avaient déjà personnellement impressionné; je les ai rapprochés

de certains phénomènes observés par moi à l'hôpital des Enfants, et ma religion s'est trouvée fortement ébranlée. J'en étais là de mon travail, quand mon ami le Dr Krishaber, ému de l'accueil fait à ma fameuse observation tronquée, à laquelle je faisais tout à l'heure allusion, m'envoya un résumé succinct de ses trachéotomies faites à chaud. Ces pièces à l'appui ne me satisfirent qu'à demi. C'est sous cette impression, Messieurs, que j'ai fait mon rapport, et je crains que mes conclusions ne se ressentent de la double impression dont je viens de vous faire part.

M. Poinsot a fait 6 opérations de trachéotomie par le thermo-cautère. 4 chez l'enfant et 2 chez l'adulte; et il vient nous apporter le résultat de ses opérations.

Après avoir minutieusement décrit les inconvénients, voire même les dangers de la méthode classique, M. Poinsot avoue cependant n'avoir jamais observé sur 26 cas de trachéotomie faites par lui d'hémorrhagies inquiétantes ; il est vrai qu'il attribue cette absence d'accidents hémorrhagiques à une méthode qui consiste à ne guère se servir du bistouri que pour couper la peau et la trachée ; le reste se divisait à l'aide d'une sorte de divulsion ou d'écartement obtenu avec une sonde cannelée (son observation n° 2 rend un compte exact de cette méthode, applicable seulement aux cous longs et maigres).

M. Poinsot concède même que dans la trachéotomie rapidement faite, on peut n'avoir qu'une très-faible perte de sang, et son observation n° 2, relative à une trachéotomie en un temps, est tout à l'appui de cette assertion.

Mais, ajoute M. Poinsot, des faits semblables peuvent être considérés comme des exceptions, et des faits malheureux, cités par Trousseau, Guersant, etc., sont bien faits pour effrayer le chirurgien et le mettre en garde contre l'accident principal, à savoir l'hémorrhagie. C'est, dit-il, dans le but d'éviter cet accident, que le galvano-cautère fut appliqué à la trachéotomie, par M. Verneuil ; puis le cautère actuel entre les mains de MM. de Saint-Germain, Deranse et Muron. Les difficultés du maniement de l'appareil et par suite son infidélité pour la première méthode, la chaleur insuffisante développée par le second, ont fait à peu près renoncer aux moyens ci-dessus énoncés. Aussi l'instrument de M. Paquelin, le thermo-cautère, fut-il accueilli avec un extrême empressement, comme devant remplir toutes les conditions du programme, à savoir : la chaleur à peu près constante et inépuisable, la commodité dans l'exécution et l'action hémostatique.

Aussi M. Poinsot s'empresse-t-il, dès le 10 août 1876, de s'en servir pour une trachéotomie (*Voir* l'obs. III). Pas une goutte de sang ne s'écoule tant que l'instrument est en action. Une pe-

tite hémorrhagie seulement se produit sous l'influence de la dénudation de la trachée à l'aide de la sonde cannelée. L'opération dure 2 minutes. — L'enfant meurt du croup 18 heures après. Pas d'hémorrhagie consécutive à noter dans l'observation IV. M. Poinsot chauffe trop son couteau et il a à lutter contre une hémorrhagie qu'il a une certaine peine à arrêter; il y parvient cependant; et la trachée n'est ouverte que la place étant absolument étanche. L'opération a duré 3 minutes. Le malade succombe le septième jour. La place siége d'une large escarre grisâtre commençait à bourgeonner. L'observation V nous montre une hémostase absolue et un très-léger suintement au moment de l'ouverture de la trachée par le bistouri. Mort au bout de 2 jours. Rien de particulier du côté de la plaie.

Même résultat dans l'observation VI au point de vue de l'hémostase complète. Mort le lendemain.

Ces différents cas, observe M. Poinsot, nous montrent ce que l'on peut attendre du thermo-cautère au point de vue de l'hémostase; les deux observations VII et VIII nous apprennent comme la cicatrisation s'obtient et ce que deviennent les escarres.

Dans la première (obs. VII) il s'agit d'une phthisie laryngée. La trachée est ouverte sans une goutte de sang. L'opération a duré 1 minute. Les premiers jours après l'opération se passent sans incident. Le sixième jour les escarres sont mesurées; elles ont 2 centimètres de largeur. Au bout de 20 jours, plaie rosée très-bourgeonné. La malade succombe aux progrès de son affection sans que l'auteur nous dise que la cicatrisation ait été complète.

L'observation VIII a trait à une fille de 14 ans atteinte de laryngite syphilitique. Une légère hémorrhagie se produit au milieu de l'opération pratiquée le 22 novembre; mais s'arrête sous l'influence du thermo-cautère lui-même. M. Poinsot mentionne pour la première fois le phénomène dû à l'ébullition de la graisse, sur lequel nous reviendrons plus loin. Les jours suivants très-légère hémorrhagie secondaire le 24, et élargissement notable de la plaie (4 cent. de large sur 5 1/2 de long) mesurée le 25 novembre. Le 12 décembre la plaie est entièrement fermée, et le 15 janvier la malade sort de l'hôpital. Rien de particulier comme cicatrice.

De toutes ces observations, il ressort que le seul avantage de l'emploi du thermo-cautère a été l'absence d'hémorrhagie; encore ce résultat n'a-t-il pas été absolu, et rien ne dit que sur un plus grand nombre de faits, on ne pût trouver des cas dans lesquels l'ouverture d'une grosse veine, par exemple, ne saurait être étanchée par l'application du thermo-cautère. Je crois cependant qu'en réunissant les faits que l'on possède déjà, l'hémostase est le

grand avantage de la méthode, et que l'on peut, grâce à elle, ne fendre la trachée que lorsque la place est absolument étanche. Quant aux hémorrhagies secondaires, quelques craintes que l'on ait pu émettre à ce sujet, je ne les crois pas beaucoup plus à redouter par le thermo-cautère que par le bistouri, et les faits semblent démontrer que ces accidents sont bien plutôt une affaire de terrain que de procédé.

Quant à la question des escarres, j'avoue être beaucoup moins optimiste que M. Poinsot, et je lui reproche de conclure à ce sujet d'une manière un peu hâtive. Sur ses 6 observations, 3 doivent être éliminées à cause de la mort rapide, et nous trouvons dans les 3 autres des escarres de 2 centimètres, des plaies de 4 cent. 1/2 de large sur 5 cent. 1/2 de long, ce qui constitue une ouverture presque circulaire. M. Poinsot ajoute que deux de ses malades ont guéri, je l'accorde; mais il n'en est pas moins vrai qu'ils ont dû lui inspirer longtemps de sérieuses inquiétudes; si je rapproche ces faits des cas observés par moi, je ne puis m'empêcher de constater une disposition constante et déplorable à la formation des escarres. Sur deux malades opérés par moi, l'un chez M. Labrie, l'autre chez M. Archambault, le premier a présenté des escarres intéressant le segment antérieur de la trachée, et offre a considérer, aujourd'hui qu'il est guéri, un enfoncement installé au niveau de la plaie; le second a vécu 3 jours, mais présentait au moment de la mort une plaie d'une largeur énorme. Je crois, pour ma part, que là se trouvera la grande pierre d'achoppement au développement de la thermo-trachéotomie. Il en est de même de cet écartement spontané de la plaie sur lequel insiste M. Poinsot et qui me paraît devoir être porté à la charge du thermo-cautère. Etant donné en effet que le beau idéal d'une trachéotomie soit un parallélisme parfait entre la plaie cutanée et la plaie trachéale, je crois qu'on s'écarte de plus en plus de cet objectif en produisant cette solution de continuité à étages, cette espèce de feuilleté, qui dans mon opinion ne peut que contribuer à l'élargissement de la surface suppurante.

Ici M. Poinsot, craignant qu'on ne lui objecte le petit nombre de ses observations, s'appuie sur celles qui ont déjà été publiées et réunit 34 cas. 18 par le galvano-cautère, 16 par le thermo-cautère, et sur ces 34 cas, il trouve 15 cas d'hémostase complète, 13 cas de léger écoulement de sang et 6 cas dans lesquels une hémorrhagie abondante a forcé la main du chirurgien et l'a contraint d'en terminer rapidement avec le bistouri; je sais bien que pour ces 6 cas, M. Poinsot se console en disant qu'à tout prendre il n'y a pas eu d'accident mortel, et que le chirurgien s'est trouvé dans le même cas que s'il avait commencé son opération avec le bis-

touri : j'aime mieux croire que les 6 cas d'hémorrhagie en question viennent d'une certaine inexpérience dans le manuel opératoire d'une opération encore bien récente ; car s'il fallait compter régulièrement 6 cas d'hémorrhagie sur 34, il faudrait renoncer à accorder à la thermo-trachéotomie son principal avantage : l'absence du sang.

J'arrive au total des hémorrhagies secondaires et j'en trouve également 6 sur 34. Aucune d'elles, il est vrai, n'a déterminé la mort; certes, on peut dire que la trachéotomie par le bistouri, n'en est pas exempte; et j'ai dernièrement apporté une observation qui le prouve; mais faut-il encore avouer que dans l'énorme quantité de trachéotomies faites par le bistouri, l'hémorrhagie secondaire est la très-grande exception; et j'avoue que la proportion de 6 sur 34 dans le dossier du thermo-cautère, me donne beaucoup à réfléchir. Chose curieuse et coïncidence singulière! A la suite d'une discussion récente dans laquelle un de nos collègues se plaignait de ne point savoir ce que devenaient les malades opérés par la méthode thermique, M. Krishaber m'envoya un résumé succinct de 10 observations de thermo ou de galvano-trachéotomie, et en dépouillant ces 10 faits, je trouve 1 cas d'hémorrhagie primitive assez considérable et 2 cas d'hémorrhagie secondaire. Cette nouvelle collection de faits ne serait donc pas beaucoup plus favorable que la première à la réputation hémostatique de la méthode thermique. Aussi me paraît-il difficile d'accepter dans toute leur intégrité certaines conclusions du travail si remarquable du Dr Poinsot. Premier point : La trachéotomie par le bistouri, dit-il, quel que soit le procédé employé, donne lieu dans la majorité des cas à une hémorrhagie plus ou moins abondante qui gêne le chirurgien (jusque-là rien de plus vrai!) et a pu faire souvent périr le malade. Là est l'exagération. Substituons le mot 95 fois au mot souvent et nous serons d'accord. Elle peut être suivie d'hémorrhagies secondaires dont la terminaison a été 95 fois fatale. Cette proposition, émise avec cette discrétion, me paraît inattaquable ; mais ne compromet pas outre mesure le bistouri.

J'accepte la seconde proposition relative au tranchant rougi qui, dit M. Poinsot, supprime dans la majorité des cas l'hémorrhagie immédiate; mais lorsque ce résultat n'est pas obtenu, je ne puis croire que le chirurgien, obligé d'en terminer avec le bistouri, comme il le dit, soit dans des conditions qui ne sont guère moins bonnes que s'il y avait eu recours d'emblée.

La troisième proposition, à savoir que l'hémorrhagie secondaire est plus fréquente avec le tranchant rougi qu'avec le tranchant ordinaire, est une petite confession; car le correctif, qu'elle a toujours été insignifiante, n'engage pas l'avenir, surtout s'il

considère le petit nombre de faits de thermo-trachéotomie.

Quant à la quatrième proposition, les escarres sont efficaces pour protéger la plaie contre la diphthérie; elles n'acquièrent une étendue exagérée que si l'opération a été faite trop lentement. Je m'élève absolument contre cette affirmation, et je ne vois rien dans le travail de M. Poinsot qui puisse la justifier; car d'une part il n'a pu observer l'envahissement des escarres ou l'arrêt de la diphthérie puisque ses malades, atteints du croup, sont morts rapidement, et que d'autre part il signale chez ses malades qui ont guéri une escarre de 2 centimètres de large et une plaie de 4 centimètres de large sur 5 cent. 1/2, bien que M. Poinsot ait opéré rapidement.

J'avoue du reste avoir été tellement frappé, ainsi que mes collègues de l'hôpital des Enfants, de la largeur et de la profondeur des escarres à la suite de la thermo-trachéotomie, que j'ai cherché à m'en expliquer la cause. Cette cause ne me paraît pas devoir être imputée à la chaleur rayonnante du thermo-cautère. Cette chaleur est presque nulle, puisqu'il m'est arrivé souvent de pouvoir me brûler les poils de la face dorsale de la main, sans que la peau reçût la moindre atteinte. Je croirais plutôt à une cautérisation directe et interstitielle due à l'ébullition de la graisse. Ce phénomène, qui a été observé par tous ceux qui ont manié le thermo-cautère, et qui donne à la plaie l'aspect d'un bain d'huile en ébullition, doit évidemment, quelles que soient les précautions que l'on prenne au sujet de l'abstersion, avoir une influence considérable sur la vitalité des tissus avec lesquels le liquide se trouve en contact; et je ne serais pas surpris qu'on ne lui dût la formation des escarres que j'ai visités.

J'arrive à mes conclusions. Les enfants opérés par M. Poinsot sont tous morts et non pas, à coup sûr, de l'opération, mais du croup; et il a par conséquent été impossible de se rendre compte, à cause de leur mort rapide, soit des hémorrhagies secondaires, soit de l'élimination des escarres. Il est vrai qu'à l'hôpital des Enfants, nous avons été plus heureux; et nous avons pu, ainsi que je le disais dans une précédente séance, constater la mortification de la partie antérieure des premiers anneaux et par suite un cornage persistant et une hernie de la peau dans l'arbre trachéal. M. Krishaber n'a rien à nous donner en fait de trachéotomie chez l'enfant, et les différents chirurgiens qui se sont occupés du sujet n'ont pas, je crois, un seul cas de guérison à nous montrer. Il eût été bon peut-être de poursuivre les expériences; mais je dois affirmer que, à la suite de deux opérations pratiquées par moi, l'une dans le service de M. le docteur Latrie, l'autre dans celui de M. le docteur Archambault, et dont cependant la première a guéri, mes

deux collègues furent si péniblement impressionnés par les escarres produites, qu'il me serait, je crois, extrêmement difficile de recommencer, dans leur service, la même tentative. Je suis donc absolument tenté de proscrire le thermo-cautère dans ses applications à la trachéotomie pratique sur l'enfant, et notamment sur l'enfant atteint de croup.

J'arrive à la trachéotomie chez l'adulte. Si le thermo-cautère rend l'opération facile, le malade s'y prête volontiers; l'urgence d'une ouverture immédiate de la trachée ne se fait jamais sentir; on a le temps et, je le répète, l'exécution de l'opération faite ainsi a quelque chose de très-rassurant; mais l'impression première s'atténue quand les jours suivants on assiste à la formation des escarres de 2, de 3, de 4 centimètres de large, comme les cite M. Poinsot, et on se prend à se demander ce que deviendront les malades ainsi opérés. J'avoue cependant qu'ici la statistique des opérations de M. Krishaber semblerait donner un résultat favorable au sujet de l'issue finale et du bon état de la trachée après la cicatrisation, puisque sur 10 opérations, 7 de ses malades ont vécu assez longtemps pour être observés. Dans ces 7 cas, dit M. Krishaber, la cicatrisation s'est toujours effectuée normalement et même rapidement, sans trace d'escarre et sans trace de rétrécissement.

En un mot, dussé-je être taxé par vous de faiblesse et d'irrésolution, je crois qu'étant donnée une trachéotomie à pratiquer chez un adulte, je me laisserais probablement aller à employer le thermo-cautère, dans le but de sauvegarder ma responsabilité et surtout d'éviter les accidents immédiats toujours redoutables dans une pareille opération; mais j'avoue également que par crainte d'accidents consécutifs, peut-être imaginaires mais à coup sûr possibles, je me résignerais difficilement, si j'avais moi-même besoin d'une trachéotomie, à me laisser mettre à nu la trachée par le thermo-cautère; et je crois que, dût un accident immédiat survenir, je tendrais la gorge au bistouri d'un collègue habile et hardi.

C'est sur cette hésitation que je veux rester, considérant que l'histoire de la thermo-trachéotomie n'est pas faite et qu'elle n'est pas près d'être faite, si les répugnances dont je parlais plus haut s'accusent de plus en plus.

Je termine en proposant les conclusions suivantes :

1° Adresser des remerciements à M. Poinsot;

2° Envoyer son remarquable travail au comité de publication.

De la trachéotomie par le thermo-cautère.

par M. Poinsot.

« Cette méthode précieuse a déjà conjuré, dans la majorité des cas, des dangers qu'après deux cents ans de recherches et des milliers d'opérations, la méthode sanglante n'était pas parvenue à écarter d'une manière satisfaisante. »

(Verneuil, *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. VII, 1875, p. 639.)

L'application de la galvano-caustique à l'opération de la trachéotomie, telle qu'elle a été proposée en 1872 par M. le professeur Verneuil, semblait bien évidemment constituer à cette époque un perfectionnement opératoire d'un avenir assuré. Les faits publiés par M. Bourdon, élève de l'éminent chirurgien, étaient certainement de nature à confirmer cette opinion, et, s'il fallait chercher les preuves de la valeur de cette méthode en dehors des faits scientifiques, peut-être en trouverait-on dans l'empressement avec lequel s'élevèrent, tant en France qu'en Allemagne, les réclamations de priorité.

Ainsi saluée à son apparition et ayant eu l'heureux privilége d'exciter l'envie, la méthode de M. le professeur Verneuil (car nous pensons qu'en fait de priorité il est juste et logique de donner gain de cause au chirurgien qui, s'il n'a pas employé le premier le procédé faisant l'objet du litige, en a du moins le mieux apprécié les avantages, les indications et a le plus contribué à la vulgariser), la méthode de M. le professeur Verneuil a été promptement l'objet de vives attaques. C'est d'abord M. Burns fils, qui conteste absolument la valeur hémostatique du galvano-cautère et croit même que l'hémorrhagie sera plus abondante avec son emploi, parce que le chirurgien divisera les vaisseaux sans s'apercevoir de leur présence ; opinion qui ne s'accorde guère avec l'insistance outrée que met l'assistant de Tubingue à revendiquer pour son père l'honneur de l'innovation. C'est encore M. Krishaber qui, dans un mémoire substantiel et s'appuyant sur deux faits personnels, arrive à conclure « qu'à en juger par le nombre d'observations connues jusqu'à lui, le galvano-cautère, malgré sa puissance hémostatique incontestable, ne procure pas la sécurité des ligatures et expose aux hémorrhagies consécutives. »

Ces objections sérieuses ont été souvent reproduites depuis 1873, et, dans une des dernières séances de la Société, la trachéotomie par le couteau galvanique ou thermique a été critiquée par MM. Tillaux et Saint-Germain, et formellement repoussée par M. Desprès.

Ayant eu l'occasion, depuis le mois d'août 1876, de pratiquer la

trachéotomie avec le thermo-cautère (4 fois chez l'enfant et 2 fois chez un sujet sorti de l'enfance ou ayant atteint l'âge adulte), j'ai pensé qu'il n'était pas inutile de porter devant la Société ces faits et les enseignements qui en découlent, pour contribuer à mettre en lumière tous les avantages d'un mode opératoire dont la fortune paraît n'être point encore définitivement fixée.

Qu'il me soit d'abord permis de rappeler brièvement quels motifs avaient rendu désirable la substitution du couteau galvanique au bistouri généralement employé.

D'une exécution facile sur le cadavre, au point d'être négligée par les débutants dans leurs exercices de médecine opératoire, la trachéotomie présente, chez le vivant, des difficultés qui surprennent dans une intervention si peu étendue. De quoi s'agit-il en effet? De traverser une couche de tissus épaisse seulement de quelques centimètres, de reconnaître un tube rigide qui était déjà reconnaissable avant l'incision de la peau, et de l'ouvrir pour y placer une canule d'un calibre inférieur. Mais cette opération, si simple, si bénigne en apparence, emprunte une gravité toute spéciale de la vascularité de la région et des conditions même dans lesquelles on y a recours. Le conduit trachéal qu'on croirait si facilement accessible, est recouvert par un plexus veineux ramenant le sang de la glande thyroïde et qui, dans le cas le plus fréquent où l'opération est nécessitée par des accidents asphyxiques, doit à la gêne de la circulation de retour, d'être gonflé outre mesure par le sang. La moindre incision pratiquée sur un des vaisseaux constituant ce plexus sera tout aussitôt suivie d'une hémorragie abondante; le sang s'accumulera au fond de la plaie qui a toujours une légère disposition en entonnoir, et, en empêchant le chirurgien de distinguer les vaisseaux situés dans la couche la plus profonde, rendra leur blessure inévitable. Sans doute le nettoyage exact de la plaie, la compression directe avec des éponges permettra bien d'apercevoir un instant les tissus pré-trachéaux sur lesquels va porter le bistouri, mais, imbibés par le sang, ces tissus offrent un aspect uniforme, et cette vision rapide ne sera d'aucune utilité pour le chirurgien. Prolongée un certain temps, la compression directe pourrait bien assurer une hémostase suffisante, mais ce temps nécessaire, on ne saurait l'avoir. Le malade est là, qui asphyxie! la position renversée que l'on a fait prendre à la tête augmente la gêne respiratoire, et, en cherchant à suspendre l'hémorragie, vous courez le risque de le voir mourir entre vos mains. Que faire alors? Ouvrir, le plus rapidement que l'on peut, la trachée plus ou moins découverte, et essayer d'y introduire le canule. Mais les dangers ne font que croître à ce moment. L'ouverture trachéale a-t-elle été pratiquée dans les dimensions voulues, le sang, aspiré

avec l'air, dans les mouvements convulsifs d'aspiration auxquels se livre le malade, s'engouffre dans les bronches et vient compromettre la respiration déjà si difficile. La mort a souvent été la conséquence de cet accident malgré les soins les plus empressés, malgré les succions pratiquées sur la plaie, à l'exemple de Roux, par un chirurgien ne craignant pas d'exposer ses jours pour disputer son malade à la mort. En dehors de cette complication grave, l'introduction du sang dans l'arbre respiratoire, la vie de l'opéré peut se trouver menacée par le retard apporté à l'introduction de la canule : l'opérateur, obligé d'agir à tâtons, et ayant seulement pour se guider « l'œil que tout chirurgien doit avoir au bout du doigt, » l'opérateur ne fait à la trachée qu'une incision insuffisante ; de là des difficultés pour placer la pince dilatatoire ; de là aussi la nécessité d'agrandir l'incision, que souvent il ne pourra retrouver: le voilà donc contraint de faire à la trachée une seconde ouverture. Qu'on n'allègue pas que de tels accidents se montrent exclusivement avec des praticiens auxquels l'usage du bistouri est d'ordinaire étranger. J'ai vu, et bien d'autres avec moi, un chirurgien de nos hôpitaux ponctionner deux fois la trachée et devoir ensuite abandonner la fin de l'opération à un collègue plus heureux, qui par bonheur était présent.

Il faut reconnaître que de telles mésaventures sont exceptionnelles, et que l'hémorrhagie constitue en réalité le vrai danger, je dirai presque le seul, de la trachéotomie.

Je ne vais pas jusqu'à prétendre qu'elle soit inévitable avec le bistouri, et que la trachéotomie, pratiquée de cette manière, constitue une opération aléatoire dans laquelle l'existence du malade soit toujours exposée aux risques les plus graves. Ce serait là une exagération contre laquelle protestent les enseignements journaliers de la pratique. Pour ma part, j'ai fait 26 fois la trachéotomie avec le bistouri, et en aucun cas je n'ai vu le sang s'introduire dans les bronches en assez grande abondance pour amener la mort ; en aucun cas, je n'ai eu affaire à des hémorrhagies persistantes, se faisant au-dessous de la canule et pouvant avoir le même résultat funeste. Je crois devoir cette immunité relative à l'abandon presque complet de l'instrument tranchant, dès que la peau a été incisée et que je suis arrivé sur le tissu cellulaire remplissant l'espace triangulaire compris entre les muscles sterno-hyoïdiens. Au lieu de diviser nettement ce tissu avec le bistouri, je le déchire lentement avec l'extrémité mousse d'une sonde cannelée, que j'ai soin de choisir résistante et à bords nullement tranchants. De cette manière, je puis facilement apercevoir les vaisseaux un peu volumineux, les couper entre deux ligatures, ou plus souvent les faire récliner vers un des angles de la plaie. Je ne reprends le

bistouri qu'après avoir soigneusement dénudé la trachée sur le point correspondant à l'incision. Grâce à cette façon prudente de procéder, j'ai pu faire la trachéotomie, tant chez l'adulte (3 fois) que chez l'enfant, sans voir le résultat de l'opération compromis par l'écoulement sanguin. Je rapporterai une de mes observations de trachéotomie chez l'adulte, parce que je me rappelle la surprise que manifestèrent certains assistants de m'avoir vu opérer presque entièrement à blanc.

Obs. I. — Le 10 juillet 1875, je fus prié au nom de M. le professeur Ginrac, de voir dans son service, salle 6, lit 18, une femme en puissance de syphilis et qui depuis quelques jours présentait les signes d'un œdème de la glotte. M. le professeur Gintrac jugeait opportun une intervention chirurgicale et désirait m'en confier le soin. Quand j'arrivai, la malade venait d'avoir une crise d'asphyxie qui avait duré plus de 10 minutes et dans laquelle on avait craint de la voir expirer. Je la trouvai assez calme, mais le cornage de l'inspiration, l'existence d'un tirage sus et sous-sternal, la fréquence du pouls qui présentait de loin en loin quelques intermittences, la faiblesse extrême du murmure respiratoire, tout annonçait une prompte asphyxie et devait faire croire à l'approche de la crise ultime. Je décidai la trachéotomie, que je pratiquai d'après le procédé indiqué plus haut. MM. les D[rs] Maudillon et Berruyer assistaient à l'opération ; j'étais aidé par M. Boursier, interne, et les élèves du service. L'incision de la peau fournit un léger suintement sanguin que quelques coups d'éponge suffirent à étancher. Je déchirais lentement le tissu cellulaire, lorsque j'aperçus, traversant la plaie d'un côté à l'autre, deux veines volumineuses, l'une en haut, l'autre en bas, que je fis récliner avec un crochet mousse vers l'angle correspondant de la plaie. J'atteignis ainsi la trachée que je mis soigneusement à nu et que je ponctionnai avec le bistouri ; à ce moment, une hémorrhagie peu abondante se déclare, peut-être parce que, dans le désir de faire à la trachée une ouverture suffisante, je portai le bistouri assez loin en bas et intéressai le vaisseau nerveux qui était maintenu en ce point. Mais déjà j'avais introduit la pince dilatative, et aussitôt je plaçai la canule. L'hémorrhagie s'arrêta et la malade commença à respirer librement. La mort arriva deux jours après : à l'autopsie, on ne trouva pas traces de sang ni de caillots dans les bronches.

Certes, voilà un fait qui semble donner raison aux partisans du bistouri ; mais j'avais eu affaire à un de ces sujets rentrant, pour M. Krishaber, dans une catégorie spéciale, tant la trachéotomie est facile à exécuter chez eux. C'était une femme maigre, sèche, au cou long et dépourvu de graisse. Dans ces conditions, l'absence d'hémorrhagie est presque la règle, à une condition, cependant : c'est qu'il sera procédé lentement. Croit-on, en effet, que si, au lieu de pouvoir attendre, j'avais été obligé de terminer hâtivement l'opération, les deux vaisseaux qui traversaient la plaie et que

j'eusse sectionnés dès le début, n'auraient pas fourni une grande quantité de sang? Les difficultés, les dangers de l'opération n'en auraient-ils pas été singulièrement exagérés? Par malheur, la trachéotomie n'est pas une de ces opérations où le temps soit toujours donné au chirurgien et qu'il puisse régler à son gré. Le plus souvent, l'asphyxie est imminente, et le chirurgien, pour prévenir l'hémorrhagie, s'exposerait à voir succomber le malade avant la fin de l'opération.

Toutefois, et pour faire toutes les concessions désirables aux chirurgiens qui repoussent la trachéotomie « *par le tranchant rougi* », je m'empresserai de reconnaître que, même avec le bistouri, l'opération peut, dans certains cas, être pratiquée en un temps fort court et sans qu'il y ait d'hémorrhagie appréciable. Un de mes faits est singulièrement démonstratif à ce point de vue.

Obs. II. — Un matin (c'était le 8 janvier 1876), je fus prévenu par l'interne de garde qu'on venait d'apporter à l'hôpital un enfant atteint de croup, dont l'état réclamait une intervention immédiate. Je recommandai de tout préparer aussitôt et fis la plus grande diligence pour me rendre auprès du petit malade. Mais déjà une dizaine de minutes s'étaient écoulées, et, lorsque j'arrivai dans la chambre qui lui était réservée, le malheureux enfant allait expirer. J'avais à peine eu le temps de disposer mes aides et de prendre le bistouri que la respiration s'arrêta après deux ou trois inspirations entrecoupées; la face était absolument violacée, les yeux se renversèrent en haut et demeurèrent sans regard. Je n'hésitai pas : d'un seul coup, je divisai les tissus jusqu'à la trachée que j'ouvris d'un second coup. Maintenant la plaie largement dilatée à l'aide de la pince, j'allai profondément exciter avec une plume la muqueuse trachéale. Après quelques secondes d'angoisse, le petit malade fit un mouvement, la respiration recommença d'abord singultueuse, pour se régulariser bientôt. Ce fut une véritable résurrection, et rien ne saurait peindre l'émotion qui s'empara de tous les assistants à la vue d'un résultat aussi saisissant. La perte de sang avait été absolument nulle et il ne se produisit aucune hémorrhagie dans les deux jours que survécut mon opéré.

Des exceptions telles que les deux faits précédents ne sauraient fournir à la pratique une règle suffisante, et tous les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître que l'emploi du bistouri donne lieu, dans la majorité des cas, à une hémorrhagie qui fait de la trachéotomie « une opération émouvante au plus haut degré, délicate, souvent très-laborieuse et n'étant guère accessible qu'aux chirurgiens à la fois habiles et hardis » (Verneuil). Je sais bien que M. Verneuil, en écrivant ce qui précède, avait seulement en vue la trachéotomie chez l'adulte, mais cette appréciation est exactement applicable chez l'enfant. On me paraît s'être singulièrement exagéré la bénignité de la trachéotomie dans les cas de croup : les

operateurs les plus exercés, Trousseau lui-même, ont eu des cas de mort par le fait de l'hémorrhagie. M. Paulet a vu la même catastrophe se produire dans la pratique d'un chirurgien de Montpellier. M. Boissier, interne de l'hôpital des Enfants, compte 2 hémorrhagies mortelles sur 36 opérations de trachéotomie. Une hémorrhagie *continuée* fit périr un opéré de M. Sanné, autre interne du même hôpital. Que de fois aussi n'a-t-on pas été obligé, pour empêcher une asphyxie imminente, d'avoir recours à des succions sur la plaie ! La nécrologie médicale ne donne que trop de preuves d'un semblable dévouement. Cependant la contagiosité du croup n'est ignorée de personne, et bien souvent l'opérateur se sentira effrayé de la conduite qu'il a tenue sous l'impression du moment. Malgaigne l'avouait avec la loyale franchise qui formait le fonds de son caractère. « Chez un enfant atteint de croup, la nécessité devançant la réflexion m'a, dit-il, poussé à appliquer la bouche sur la plaie pour aspirer le sang, mais je frémis encore à l'idée du danger que j'ai couru, et pour rien au monde, je ne voudrais recommencer. » Pour perdre de vue l'étendue de tels risques, il faut, on l'avouera, que l'émotion du chirurgien soit bien vive et le danger bien réel. D'ailleurs, à supposer que l'hémorrhagie ne compromît la vie du malade que dans des cas exceptionnels, elle est, suivant la juste remarque de M. Bourdon, « une cause de trouble pour l'opérateur, et c'est elle qu'il faut rendre responsable de l'effroi qu'inspire la trachéotomie au plus grand nombre des médecins.»

Aussi tous les perfectionnements apportés dans cette opération ont-ils eu pour but de prévenir l'hémorrhagie. Mais les premières tentatives faites dans cette voie n'amenèrent qu'un résultat incomplet : l'emploi de l'écraseur linéaire, préconisé par M. Chassaignac, celui du trocart-canule (Rizzoli, Maisonneuve) constituaient des méthodes trop longues, ou trop difficiles, ou trop aveugles. Il n'en était pas de même de la galvano-caustique. Déjà admise avec faveur dans la pratique de certaines grandes opérations, devenue ainsi familière aux chirurgiens, elle trouvait, pour le cas spécial qui nous occupe, un incontestable appui dans les résultats obtenus par MM. Verneuil, Bourdon, Tillaux. Malheureusement le galvano-cautère exige un appareil peu portatif : quoi qu'en ait dit M. Bourdon, jaloux d'exonérer la méthode de ce reproche sérieux, il n'est pas toujours possible de préparer d'avance l'instrument dont on doit se servir ; le plus souvent, le chirurgien n'est appelé qu'au moment où l'opération doit être pratiquée et où le moindre retard serait préjudiciable, sinon funeste ; en outre, le commun des praticiens ne saurait posséder un instrument coûteux, fort sujet à se déranger et demandant un entretien très-exact.

La difficulté du maniement du galvano-cautère constitue aussi

un obstacle grave. Je sais bien qu'à Paris, on est arrivé à s'en servir dans les meilleures conditions, comme j'en ai été souvent témoin à la Pitié, dans le service de M. le professeur Verneuil, mais tout le monde n'est pas aussi heureux, et, dans notre hôpital, l'opérateur a été plusieurs fois obligé d'abandonner le couteau galvanique qu'on ne pouvait maintenir rougi. Ce contre-temps n'est pas exclusivement personnel aux chirurgiens bordelais : j'ai entendu, en 1871, M. le professeur Courty dire que, malgré le concours du chimiste Béchamp, il avait dû renoncer au galvano-cautère comme à un appareil absolument incertain dans son fonctionnement. Pour toutes ces raisons, la trachéotomie par le galvano-cautère ne pouvait passer dans la pratique et demeurait une opération d'hôpital réservée à quelques cas particuliers. M. de Saint-Germain songea alors à faire usage d'un bistouri chauffé au rouge, et, pour éviter le refroidissement de l'instrument qui se produisait en très-peu de temps, il conseilla de faire l'opération en un seul temps, par la *méthode brusque*. L'emploi du cautère actuel fut également essayé par M. Laborde et MM. de Ranse et Muron; mais ces derniers renoncèrent à inciser du même coup les tissus mous et la trachée, et procédèrent couche par couche, l'instrument étant chauffé au rouge blanc. Bien des objections pouvaient être faites à cette méthode; le cautère actuel ne garde pas longtemps sa chaleur, et, si on procède couche par couche, pour qu'à la fin de l'opération il ait une température suffisante, il faut ou bien qu'il soit surchauffé au début ou que l'on change d'instrument. Il s'éteint dès qu'il est dans le sang, et l peut y en avoir une certaine effusion, puisque M. Muron a observé 2 hémorrhagies sur 22 expériences ; enfin, le rayonnement est intense et porte son effet au loin; c'est ainsi qu'avec le procédé de M. de Saint-Germain, MM. Laborde et Muron ont noté, dans des expériences faites sur le chien, la lésion immédiate des cartilages des cordes vocales et de la muqueuse laryngée. A l'autopsie d'un enfant opéré par le même procédé dans le service de M. Labrié, on trouva une perforation de la paroi postérieure de la trachée. Toutes ces raisons empêchèrent le procédé de M. de Saint-Germain de se vulgariser, malgré son apparente simplicité. Son auteur paraît d'ailleurs y avoir absolument renoncé (Boissier).

Cependant la voie était ouverte, il ne restait plus qu'à trouver un instrument qui présentât les avantages du galvano-cautère sans nécessiter d'appareil aussi encombrant, et surtout qui fonctionnât d'une manière sûre. Cette lacune a été comblée par le thermo-cautère de M. Paquelin : plus facile à mettre en action que le cautère-galvanique, il conserve sa chaleur après avoir été plongé dans un liquide (à la condition de n'y point demeurer trop longtemps); son rayonnement est faible, bien que réel, de plus il a

l'avantage de ne point se déranger, quand on a soin de le tenir propre, et d'être assez portatif pour que le chirurgien l'ait toujours sous la main.

Dès que je connus le thermo-cautère, je résolus de l'employer dans la première trachéotomie que j'aurais l'occasion de faire. Cette occasion se présenta le 10 août 1876.

Obs. III. — Ce jour-là, le Dr Lugeol fils envoya à l'hôpital Saint-André, pour y être opéré, un enfant de 4 ans atteint du croup. Les accidents avaient marché avec une grande rapidité; d'abord localisé au pharynx, la diphthérie avait envahi le larynx dans l'espace d'une nuit. Cependant la suffocation n'était pas imminente : je voulus alors essayer l'acide salicyque à l'intérieur; mais , 2 heures plus tard , j'étais prévenu en toute hâte que l'état s'était aggravé. Je me rendis alors auprès du malade avec mon confrère le Dr Lugeol, et, d'un commun accord, nous jugeâmes l'opération indispensable. Je la pratiquai avec le thermo-cautère. L'incision des tissus mous se fit sans la moindre difficulté, et le couteau maintenu au rouge sombre arriva sur la trachée *sans qu'il eût été perdu une goutte de sang*. A ce moment j'abandonnai le cautère, dans la crainte que le contact de l'instrument incandescent ne déterminât la nécrose des cartilages, et je voulus dénuder la trachée avec la sonde cannelée. Le résultat ne répondit pas à mes espérances, car je déchirai avec la sonde une veine située à l'angle supérieur de la plaie, et le sang commença à couler avec abondance. Je donnai alors quelques coups d'éponge pour absterger la plaie, et je touchai avec le couteau thermique le point d'où l'hémorrhagie paraissait se faire. Celle-ci s'arrêta, mais incomplétement. J'ouvris alors la trachée avec le bistouri, et plaçai le canal à l'aide du mandrin conducteur de Péan. L'opération avait duré *deux minutes :* j'insiste sur ce fait, car c'est surtout dans la trachéotomie que la question de temps peut avoir une grande importance. Tout s'était passé de la manière la plus satisfaisante, et le Dr Lugeol ne put s'empêcher de faire remarquer aux élèves qui nous entouraient la supériorité de ce mode opératoire. L'enfant mourut au bout de 18 heures : la canule demeura tout le temps fort sèche et la gêne respiratoire ne fut diminuée que très-peu et momentanément par la trachéotomie.

L'opération dont je viens de rapporter les détails fut la première pratiquée à Bordeaux ; mon ami le Dr Mauriac n'a fait la sienne que *dix-neuf jours* plus tard et alors que j'avais eu recours une seconde fois au même procédé (obs. VII). Je crois même qu'avant le 10 août 1876, aucun chirurgien n'avait employé le thermo-cautère dans la trachéotomie. Toutefois le fait me paraît importer fort peu. Une telle priorité ne peut guère être légitimement réclamée, puisque, la question d'instrument étant réservée, il ne s'agit que de la mise en pratique de la méthode de M. le professeur Verneuil.

Obs. IV. — X..., Williams, âgé de 8 ans, est apporté le 3 septembre à l'hôpital Saint-André, où il est placé dans le pavillon des grands payants. Cet enfant a été vu à Pauillac par les Drs Alibert et Legendre, qui, en présence de la marche rapide de la maladie, ont donné aux parents le conseil de le transporter à Bordeaux pour y subir la trachéotomie. Je vis le petit malade une heure après son arrivée : les accidents s'étaient notablement amendés et je ne jugeai pas que l'opération fût encore indiquée. Je prescrivis le tartre stibié à doses fractionnées (médication qui a donné à M. Bouchut et qui m'a donné à moi-même de forts beaux résultats). La journée du 4 se passa bien, et on pouvait espérer que l'opération serait évitée, quand, dans la matinée du 5, des accidents de suffocation se produisirent; ils augmentèrent avec rapidité, et l'intervention chirurgicale devint inévitable. L'auscultation à ce moment faisait reconnaître, en arrière du sommet du poumon, un bruit de drapeau extrêmement manifeste. L'opération fut pratiquée avec le thermo-cautère, en présence de mes confrères et amis les Drs Oré et Lande. Les choses ne se passèrent pas aussi simplement que dans les deux observations précédentes. Quand le cautère me fut remis, il était au rouge blanc; aussi l'incision de la peau se fit-elle comme avec un bistouri et une grosse veine commença à donner. Je laissai alors refroidir le cautère, puis, après avoir abstergé la plaie aussi bien que je le pus, c'est-à-dire incomplètement, je touchai le vaisseau béant avec le couteau thermique, mais je fus obligé d'y revenir plusieurs fois avant de suspendre l'hémorrhagie. Elle s'arrêta enfin, et je pus continuer l'opération sans encombre. Quand j'en fus arrivé à ouvrir la trachée, *la plaie était absolument sèche.* J'incisai alors le conduit trachéal avec le bistouri, sans qu'il se produisît d'écoulement sanguin; mais j'eus quelques difficultés pour introduire la canule, et je fus obligé d'abandonner le mandrin de Péan pour me servir de la pince dilatatrice ordinaire. L'opération avait duré *trois minutes.*

Jusqu'au 11 septembre, l'état de l'enfant fut des meilleurs : réaction très-modérée, les deux premiers jours; appétit conservé, gaieté habituelle, respiration aisée, calme, profonde, aucun râle à l'auscultation. La plaie était recouverte d'une eschare grisâtre, épaisse; les bords en étaient modérément écartés. Toute manifestation diphthéritée avait disparu du côté de la gorge.

Le 11 au matin, je trouvai l'enfant fatigué, inquiet, la respiration était pressée; la percussion me fit reconnaître du côté droit une matité légère, et je constatai, à l'oreille, une diminution du murmure respiratoire. La gêne respiratoire s'accrut dans la journée; la canule, jusque-là très-humide, devint sèche; la matité et l'obscurité de la respiration se marquèrent à droite, le côté gauche restant sain. Je fis alors appliquer à droite deux vésicatoires, l'un en avant, l'autre en arrière; mais les accidents n'en suivirent pas moins une marche rapide, et le 12 au matin (c'est-à-dire au septième jour de l'opération) le petit malade succombait après une horrible agonie.

La veille de la mort, l'eschare avait commencé à s'éliminer par place où l'on apercevait un bourgeonnement de bonne nature.

Obs. V. — Angela Faderne, âgée de 3 ans, est apportée à l'hôpital Saint-André le 12 octobre 1876. Depuis 3 jours, elle présentait les signes d'une angine diphthéritique, mais c'est seulement dans les douze dernières heures que les accidents laryngiens ont fait leur apparition. Quand je la vois (1 heure du matin), la gêne respiratoire est extrême; la face de l'enfant est violacée et bouffie; les lèvres sont livides. Le tirage sus et sous-sternal est très-marqué ; l'auscultation ne fait reconnaître aucun autre que signe que la diminution du murmure respiratoire. D'ailleurs l'enfant, surprise au milieu d'une santé parfaite, est robuste et possède un notable embonpoint.

Je pratiquai immédiatement la trachéotomie, en me servant, comme dans les cas précédents, du thermo-cautère. Je fis une incision assez longue, descendant jusqu'à la fourchette sternale : les parties molles furent sectionnées *sans qu'il s'écoulât une goutte de sang.* Arrivé sur la trachée, je la dénudai à l'aide du thermo-cautère que je promenai lentement sur la face antérieure des cartilags, mais sans exercer de pression; puis je l'ouvris avec le bistouri. La muqueuse fournit alors une très-petite quantité de sang qui fut rejetée par un léger effort de toux. La canule fut introduite à l'aide du mandrin de Péan.

L'enfant mourut deux jours après : l'autopsie montre les poumons envahis par l'exsudat diphtéritique, mais sans aucune trace de sang ou de caillots dans les bronches.

Obs. VI. — Le 7 décembre 1876, je fus prévenu par l'interne de garde qu'on venait d'apporter à l'hôpital une enfant de 18 mois, Céline Constant, atteinte du croup. Depuis une dizaine de jours, les parents avaient remarqué que Céline avait un certain enrouement; la toux était rare, étouffée; dans les dernières nuits, l'enfant avait été prise plusieurs fois de crises de suffocation. Forte et très-développée pour son âge, elle avait d'abord résisté au mal, mais bientôt apparurent dans la gorge et au pourtour des narines des plaques de diphtérie, et la nuit qui précéda l'entrée dans nos salles, les accidents asphyxiques se montrèrent avec une telle violence que les parents crurent deux ou trois fois que l'enfant allait y succomber. Ces accidents persistaient encore quand je la vis, et rendaient nécessaire une opération immédiate. Trachéotomie avec le thermo-cautère : section de la peau et des parties molles *sans la moindre hémorrhagie* ; ponction de la trachée avec le bistouri. Je place la canule à l'aide du mandrin de Péan.

La respiration se rétablit aussitôt, et l'enfant, opéré à 10 heures du matin, passa la journée dans le plus grand calme; mais la canule demeurait sèche et la fièvre toujours ardente. La respiration s'engagea vers le soir et l'auscultation fit reconnaître un envahissement des poumons. La mort arriva le 8 décembre dans la soirée.

Les observations précédentes permettaient d'apprécier les résultats immédiats de l'application du thermo-cautère à la trachéotomie; mais,

les malades ayant succombé, comme cela n'arrive que trop souvent dans les opérations nécessitées par le croup, et la mort ayant été fort prompte, sauf dans l'observation V, les suites de l'opération n'avaient pu être établies. Je fus plus heureux dans deux autres faits où l'opération fut pratiquée chez des sujets dont l'un était sorti de l'enfance et dont l'autre avait atteint l'âge adulte : il me fut alors loisible d'étudier le mode d'élimination des eschares et de cicatrisation de la plaie.

Obs. VII. — Le 26 août, je fus appelé par mon confrère et ami le Dr Bosc pour voir en consultation, madame X..., atteinte de tuberculose pulmonaire et qui présentait depuis quelques jours des accidents laryngiens d'une certaine gravité. Dans la nuit précédente, elle avait eu plusieurs crises de suffocation, le cornage était très-marqué, il y avait du tirage sus et sous-sternal; la respiration s'entendait faiblement à droite et en arrière, en arrière et à gauche, les signes stéthoscopiques annonçaient un envahissement complet du poumon par les tubercules. Cependant, au moment où nous voyons la malade, l'asphyxie n'était pas imminente, et nous résolûmes d'attendre; rendez-vous fut pris pour le soir.

En arrivant à 9 heures, nous trouvâmes la famille dans la désolation : la malade venait d'avoir une crise de suffocation dans laquelle on avait craint de la voir passer; elle gisait épuisée sur son lit; son pouls était irrégulier, la face et surtout les lèvres cyanosées; le cornage et le tirage avaient augmenté. L'opération s'imposait : je la pratiquai, avec l'aide du Dr Bosc et de M. Daujats, interne de l'hôpital Saint-André, en employant le thermo-cautère. Cette fois encore je dénudai la trachée avec le couteau thermique lui-même; aussi me fut-il possible de l'ouvrir sans qu'il s'écoulât *une goutte de sang*. La canule fut placée avec le mandrin de Péan. L'opération avait duré *une minute*.

Je laisse de côté les suites de l'opération qui furent bonnes : la malade put prendre quelque nourriture; elle dormit profondément la nuit suivante, et quand je la vis, au sixième jour, elle nous exprima sa reconnaissance du soulagement que nous lui avions procuré. Je crois important de mentionner l'état de la plaie : au sixième jour, elle était encore recouverte d'une eschare grisâtre; l'écartement de ses bords était assez considérable : il mesurait 2 centimètres et conservait cette dimension jusqu'au niveau de son extrémité inférieure. La trachée paraissait, au fond de la plaie, tapissée par une couche de pus. J'enlevai ce jour-là la canule. J'ai revu la malade au vingtième jour; la plaie est rosée, bourgeonnante, très-retrécie; la trachée ne peut plus être aperçue. A aucun moment, les lèvres de la plaie ne présentèrent de gonflement exagéré. La malade succomba bientôt au progrès de son affection.

Obs. VIII. — Marie X.... âgée de 14 ans, de petite taille, mais robuste et fortement constituée, entre le 20 septembre 1876 à l'hôpital Saint-André, salle 5, lit 16, pour y être traitée d'une affection véné-

rienne. Il y a une dizaine de jours qu'elle a été contaminée dans une tentative de viol.

L'examen des parties génitales montre la grande lèvre droite rouge, considérablement œdematiée, et présentant en dedans une ulcération taillée à pic, à fond grisâtre, et reposant sur une base largement indurée. Cette ulcération est indolente au toucher; elle mesure environ 2 centimètres 1/2. Les ganglions inguinaux des deux côtés sont engorgés, mais non douloureux. Il existe aussi de l'induration des glanglions cervicaux.

M. le professeur Lannelongue, dans le service duquel se trouve la malade, porte le diagnostic de syphilis, et institue d'emblée le traitement général par le mercure. L'ulcération est pansée avec la poudre de calomel et le vin aromatique; elle guérit au bout de 10 jours, mais il persiste encore de l'œdème et de l'induration de la grande lèvre.

La malade est gardée en observation.

Le 24 octobre, elle accuse de vraies douleurs dans le pied droit; on constate sur le dos du pied, au niveau de la région tarsienne, du gonflement et un peu de rougeur; mais tout disparaît sous l'influence de deux bains sulfureux.

Le 30, une éruption roséolaire apparaît sur toute la surface du corps; elle persiste pendant 8 ou 10 jours. La malade accuse au début de la céphalalgie et présente une fièvre légère.

A peine les taches s'étaient-elles effacées qu'il se fait (12 novembre) une éruption d'ecthyoua d'abord localisée aux régions du coude et du genou, où deux ou trois fistules apparaissent dans le sens de l'extension; l'éruption se généralise les jours suivants et les pustules se montrent à la lèvre et sur différents points du corps. A mesure que les croûtes se dessèchent et tombent, de nouvelles pustules naissent sur d'autres endroits. La malade accuse des douleurs vives dans la gorge et une grande gêne de la déglutition; la voix est un peu nasonnée. L'examen de la gorge fait reconnaître l'existence d'une plaque muqueuse sur l'amygdale gauche.

15 novembre. — Les accidents du côté de la gorge ont augmenté; l'isthme du gosier est envahi dans son entier; les plaques muqueuses occupent toute la surface de l'amygdale gauche, une portion de la droite, les piliers du voile.

17 novembre. — L'enfant éprouve un peu de gêne respiratoire, l'inspiration nécessitant un effort assez vif, tandis que l'expiration est aisée et brusque; un peu de tirage sus-sternal. La toux est rauque, la voix, jusqu'alors conservée, est presque entièrement éteinte.

Cet état persiste sans aggravation jusqu'au 20 novembre; ce jour-là les accidents se caractérisent. Une toux convulsive et par accès s'établit: la dyspnée est très-forte.

22 novembre.—Les plaques muqueuses de la gorge ont entièrement disparu; il n'en existe qu'une très-petite sur l'amygdale droite. Le cornage est extrêmement marqué, la voix éteinte; la dyspnée se montre par crises, où elle va jusqu'à l'orthopnée.

On prescrit un vomitif.

A 3 heures, l'asphysie a fait des progrès, et les crises de suffocation se sont rapprochées; pendant ces crises, la face et les extrémités prennent une coloration violacée; l'enfant, dans l'intervalle, demeure affaissée.

A 9 heures du soir, une crise de suffocation se déclare avec une telle violence que la mort paraît devoir en être le résultat. L'enfant se relève cependant, mais appelé aussitôt, je décide la trachéotomie.

C'est encore au thermo-cautère que j'ai recours pour le premier temps de l'opération. L'incision des téguments et des parties molles pré-trachéales se fait avec la plus grande facilité. Lorsque j'arrive sur le plexus veineux thyroïdien, une veine volumineuse, incomplétement oblitérée, fournit un peu de sang; je me contente d'absterger la plaie avec une éponge et j'applique le cautère sur le vaisseau béant. L'hémorrhagie s'arrête aussitôt. Une autre particularité de l'opération a été de voir le tissu graisseux, fort abondant, se fondre et cette graisse liquide bouillonner sous l'influence de la chaleur; il m'a suffi d'employer l'éponge, comme s'il s'était agi de sang. Introduction de la canule avec le mandrin de Péan.

2 heures après, je revois l'enfant qui est très-bien et dort d'un sommeil calme. La respiration est à 24, le pouls à 100.

23 novembre. — La respiration est régulière, mais le pouls conserve sa fréquence. L'enfant a pris quelque nourriture. L'aspect de la plaie mérite d'être noté : les lèvres en sont très-écartées et recouvertes par une escharre mince, d'une coloration jaunâtre. Il existe deux petites phlyctènes sur les téguments du côté droit ; elles doivent être dues au contact de quelques gouttes de graisse chaude. La réaction locale est d'ailleurs nulle. La jeune malade n'accuse point de douleurs.

Le lendemain, 24, une hémorrhagie légère se produit dans la matinée, sans que l'on ait touché la canule ; elle est facilement arrêtée par une application d'amadou. Pouls à 110.

25 novembre. — Douleurs assez vives du côté de la plaie ; il existe un gonflement léger tout autour de la plaie, dont les dimensions sont par suite un peu augmentées: elle mesure 4 centimètres dans le sens transversal et 5 centimètres 1/2 dans le sens vertical. Un peu de suppuration: l'odeur du pus est infecte.

27 novembre.—La respiration se faisant très-bien, alors même qu'on obture l'orifice de la canule, j'enlève celle-ci. L'enfant parle aussitôt.

Pansement à la glycérine.

A partir de ce moment, l'escharre de la plaie s'élimine, le bourgeonnement marche avec activité, et la plaie se retrécit : le 8 décembre, elle ne mesure plus, au niveau de la peau, que 2 centimètres sur 3.

Le 12 décembre, la plaie trachéale est entièrement fermée, et vers la fin du même mois, la cicatrisation était terminée. La cicatrice offre exactement les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Tout accident syphilitique a disparu à ce moment ; le traitement général a été d'ailleurs continué sans interruption.

Le malade sort le 15 janvier.

Les 6 observations précédentes peuvent être proposées par les

partisans du thermo-cautère comme exemples des avantages qu'on doit espérer de cet instrument appliqué à la trachéotomie. Résumons les particularités que l'opération présente dans ces cas:

Observation III.—La trachée est mise à découvert sans qu'il s'écoule une goutte de sang ; c'est seulement alors que j'essaie de la dénuder avec la sonde cannelée, qu'une veine se déchire et fournit du sang. A ce moment encore le thermo-cautère m'est utile parce qu'il me sert à arrêter l'hémorrhagie, bien qu'incomplétement. L'opération a été très-prompte; bien que j'aie procédé en quelque sorte couche par couche, elle n'a pas demandé plus de 2 minutes.

Observation IV. — L'incision de la peau se fait comme avec le bistouri, et l'hémorrhagie est immédiate; j'avais employé le couteau au rouge blanc, et suivant l'expression de Voltolini, il s'était enfoncé comme dans du beurre. Encore cette fois, le thermo-cautère permet de remédier à la défectuosité du *manuel opératoire*. Quand j'ouvre la trachée, la plaie est entièrement à sec. Cependant l'opération ne dure en totalité que 3 minutes.

Dans l'*observation V* et l'*observation VI,* il n'y a pas la moindre hémorrhagie ; même rapidité d'exécution.

L'*observation VII,* ne présente pas un résultat moins satisfaisant.

Enfin, dans l'*observation VIII,* la trachéotomie pratiquée en pleine asphysie se fait avec une hémorrhagie presque insignifiante et que j'arrête aussitôt par la cautérisation.

Les 2 dernières observations ne sont plus relatives à des enfants; dans un cas, il s'agit d'une femme de 28 ans, et dans le deuxième d'une jeune fille de 14 ans, assez grande et robuste.

Dans aucun de ces faits, l'hémorrhagie immédiate, si même il s'en est produit, n'a été inquiétante ; jamais elle ne m'a obligé à précipiter l'opération. L'ouverture de la trachée a toujours pu être pratiquée alors que la plaie était entièrement à sec, ou du moins alors que l'écoulement de sang était insignifiant. De là une grande facilité pour l'introduction de la canule, et l'absence de ces quintes de toux, de ces crises de suffocation qui accompagnent d'ordinaire l'ouverture de la trachée et la pénétration du sang dans le conduit aérien. Chez le sujet de l'observation IV, le plexus veineux thyroïdien était incontestablement très-développé; si j'avais fait la trachéotomie par la méthode sanglante, quels dangers n'aurait pas courus l'enfant, quand j'ai été obligé de m'y reprendre à deux fois pour placer la canule ! Aurais-je été aussi heureux que M. Paulet et mon malade n'aurait-il pas succombé ? En tout cas, je serais passé par bien des inquiétudes que le thermo-cautère m'a épargnées.

Mais, objectent les adversaires de la méthode, ce n'est pas seulement l'hémorrhagie immédiate qui est à craindre avec le cautère

galvanique ou thermique : c'est encore et surtout l'hémorrhagie secondaire.

« J'admets volontiers, disait M. Krishaber, en 1874, qu'il est aisé d'arrêter une hémorrhagie veineuse et qu'on peut aussi arrêter une hémorrhagie artérielle en appliquant sur les tissus environnant le vaisseau divisé et sur celui-ci le galvano-cautère chauffé au rouge sombre, mais *ce qui reste encore à démontrer, c'est la possibilité d'empêcher dans ce cas l'hémorrhagie de se reproduire*.» Comme M. Verneuil lui-même a reconnu que c'était là une objection sérieuse, il convient d'établir jusqu'à quel point la crainte d'une hémorrhagie secondaire est justifiée. Sur nos 6 faits, trois fois l'opération s'est accompagnée d'un écoulement immédiat de sang (obs. III, IV, VIII), une seule fois il y a eu une hémorrhagie secondaire (obs. VIII); elle est d'ailleurs insignifiante et il suffit d'un peu d'amadou pour l'arrêter. Cette proportion d'un tiers serait très-élevée, mais il convient de l'abaisser en envisageant en bloc les 6 faits, car l'hémorrhagie secondaire peut tout aussi bien se produire consécutivement à une opération faite à blanc (cas de Labrie), la proportion n'est plus alors que de 1 sur 6.

Un dernier reproche a été formulé contre l'emploi du « tranchant rougi » dans la trachéotomie : il est plus spécial à l'opération pratiquée chez l'enfant. « Le thermo-cautère, a dit M. de Saint-Germain devant la Société de chirurgie, est excellent chez les adultes, mais non chez les enfants, puisqu'il détermine la formation de grandes escharres qui donnent au bout de quelques jours une large plaie. » Cette critique a été reproduite, avec une vivacité plus grande, par M. Desprès. Or, dans aucun des faits qui me sont personnels, les escharres ne m'ont inquiété par leur étendue ou leur profondeur. Les observations IV, VI, VIII, sont surtout instructives, puisque les malades ont pu être suivis longtemps ou ont guéri : leur lecture montre que la réaction locale a été nulle, que la cicatrisation des tissus atteints par le couteau a été obtenue pour les parties profondes au 20e jour (obs. VI, obs. VIII), pour la peau après un peu plus d'un mois (obs. VIII); mais bien avant la trachée était cicatrisée. Je ne crois guère que l'opération, faite par le bistouri, demande moins de temps pour arriver à cicatrisation.

La question des escharres, ainsi mise de côté, je reviens à l'écartement des lèvres de la plaie, dont je fais un avantage, loin d'y voir un inconvénient. Dans le procédé ordinaire avec le bistouri, le chirurgien procédant lentement et incisant couche par couche les tissus qui recouvrent la trachée, est obligé, pour voir le fond de l'incision et éviter les vaisseaux, de faire écarter les deux lèvres de la plaie à l'aide d'engins ou de crochets mousses confiés à des aides. Ces crochets dérayent quelquefois et ont besoin d'être remis

en place, perte de temps insignifiante en elle-même mais qui emprunte une grande importance des conditions où l'opération est pratiquée. En outre (et la chose mérite considération quand on opère en dehors d'un grand hôpital), cette partie du manuel opératoire nécessite l'adjonction d'un certain nombre d'assistants expérimentés. Il n'en est plus ainsi avec le thermo-cautère: la peau incisée et le couteau thermique ayant commencé à intéresser le tissu cellulaire sous-cutané, les deux lèvres de la solution de continuité s'écartent d'elles-mêmes; à mesure que l'on gagne vers la profondeur, cet écartement se prononce, les tissus superficiels faisant en quelque sorte corps avec les tissus profonds et l'écartement immédiat des premiers se trouvant augmenté de tout l'écartement des seconds: lorsqu'on arrive sur la trachée, on l'aperçoit distinctement suivant les mouvements de déglutition, et, lorsqu'on l'a incisé, il est le plus souvent possible d'introduire la canule *de visu* et sans être obligé de guider sous le doigt la pince dilatatrice ou le mandrin conducteur.

Je n'ai jusqu'à présent envisagé les accidents de la trachéotomie « par le tranchant rougi » que dans les observations qui me sont personnelles, mais on pourrait m'objecter leur nombre restreint, et il convient pour éviter ce reproche, de rechercher quels résultats ont été obtenus par les autres chirurgiens au triple point de vue de l'hémorrhagie immédiate, de l'hémorrhagie secondaire et des escharres.

Les mémoires ou recueils qu'il m'a été donné de consulter m'ont fourni 34 faits de trachéotomie par le cautère galvanique ou thermique : 18 fois on a eu recours au galvano-cautère, 16 fois l'instrument de Paquelin a été employé.

Je mentionne brièvement le nom des chirurgiens qui ont opéré et le nombre des opérations faites par chacun d'eux.

Des 18 trachéotomies par le galvano-cautère,

6 appartiennent à M. Verneuil (5 sont rapportées dans le mémoire de M. Bourdon ; le sixième l'a été par M. Verneuil lui-même, dans son rapport sur le mémoire de M. Krishaber, p. 628).

2 à Burns père (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 30 décembre 1872, n° 53, p. 634).

1 à Voltolini (*Berlin. Klin. Wochens.* 14 avril 1873, n° 15, p. 174).

5 à M. Krishaber (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. VII, p. 596; *Annales des maladies de l'oreille et du larynx,* 1er mai 1876, t. II, p. 67).

2 à M. Labrie (rapport de M. Verneuil, *in Mém. de la Soc. de chir.*, p. 629-638).

1 à M. Bourdon (*Arch. gén. de médecine*, 6e série, t. XXI, p. 62).
1 à M. Tillaux (Héral, *Thèse de Paris*, 1874, n° 108, p. 45).

Des 16 trachéotomies par le thermo-cautère :
1 appartient à M. Verneuil (communication écrite).
1 à Mauriac, de Bordeaux (*Gazette médicale de Bordeaux*, 20 septembre 1876, n° 18, p. 357).
1 à M. Tillaux (*Bulletin Soc. de Chirurgie*, 11 avril 1877).
1 à M. Labrie (*ibid.*).
2 à M. Gilette (*ibid.*).
3 à M. Denucé, de Bordeaux (*ibid.*).
1 à M. Krishaber (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1er novembre 1876, t. II, n° 5, p. 313).
6 me sont personnelles (les 3 premières ont été publiées dans la *Gazette médicale de Bordeaux*, 20 septembre 1876, p. 353).

Comme entre le galvano-cautère et le thermo-cautère il n'existe, au point de vue de la trachéotomie, d'autre différence qu'une plus ou moins grande facilité d'emploi, les deux séries peuvent sans inconvénient être réunies. Même aux 34 faits précédents, il paraît plausible d'ajouter celui d'Amussat, bien que ce chirurgien ait eu recours à l'anse galvanique et non plus au couteau.

Sur ces 35 trachéotomies, l'hémostase a été absolue, au moment de l'opération, dans le fait d'Amussat, 3 faits de M. Verneuil (obs. III, VI du mémoire de Bourdon; observation inédite), le fait de M. Bourdon (obs. V de son mémoire), 1 fait de M. Krishaber (obs. III de cet auteur), le deuxième fait de M. Labrie, un des fait de M. Tillaux (thèse de Héral), 1 fait de M. Gilette, le fait de Mauriac, 2 faits de M. Denucé, et 3 des miens (obs. V, VI, VII) : en tout 15 succès complets et entièrement indiscutables. Est-ce à dire que les 20 autres faits doivent être considérés comme des insuccès de la méthode. Ce serait là une conclusion précipitée, qui nous ferait regretter d'avoir poussé le scrupule jusqu'à ne pas ranger parmi les succès complets les observations dans lesquelles il n'a été perdu qu'une très-petite quantité de sang. C'est ce qui arriva dans le premier fait de M. Verneuil où il ne s'écoula que 40 à 50 gouttes de sang (obs. I du mémoire de Bourdin). Chez sa seconde opérée. M. Verneuil put sectionner les tissus mous, dénuder et ouvrir la trachée sans une goutte de sang : il se fit une hémorrhagie insignifiante au moment de l'introduction de la canule (obs. II, mém. cité). Voltolini constate aussi un écoulement sanguin sans importance : A un moment, dit le chirurgien de Breslau, » il se fit une hémorrhagie par une grosse veine; un simple tamponnement avec l'éponge l'eût bientôt réprimée. » M. Kris-

haber ne fut pas moins heureux : la première fois qu'il eut recours au galvano-cautère, il y eut une légère hémorrhagie à la suite de la section d'une artériole, mais le vaisseau ne fut pas lié : touché par la surface plate du couteau galvano-caustique, il cessa immédiatement de donner du sang (obs. I, *Mém. de la Société de chirurgie*). L'observation V du même chirurgien mentionne une hémorrhagie qui s'arrête par la cautérisation après avoir fait perdre au malade une petite cuillérée de sang. Dans le fait unique où il employa le thermo-cautère, l'hémorrhagie fut très-peu abondante et la plaie était à sec quand la canule fut placée. M. Gilette a eu du sang une fois, mais « bien moins qu'il n'en aurait eu avec le bistouri. » M. Denucé, opérant sur un enfant, voit une hémorrhagie se produire lorsqu'il divise le plexus veineux thyroïdien, mais le sang s'arrête par la cautérisation. Un écoulement de quelques gouttes de sang est noté dans le premier fait de M. Labrie, (rapport de M. Verneuil). Trois fois, j'ai eu affaire à une hémorrhagie qui fut toujours de peu d'importance : dans l'observation III, après être arrivé sur la trachée par une opération exécutée entièrement à blanc, j'abandonne le thermo-cautère pour dénuder la trachée avec la sonde cannelée ; une grosse veine est ouverte, et alors le thermo-cautère me sert à réparer cette faute opératoire. N'est-ce donc point là un résultat heureux ? L'hémorrhagie de l'observation IV tenait uniquement au degré de température auquel avait été élevé le cautère : il me suffit de le laisser refroidir pour lui rendre toute sa puissance hémostatique : quand j'incisai la trachée, la plaie était absolument sèche. Même complication, même conduite et même résultat dans l'observation VIII. Certes, si de tels faits ne peuvent être considérés comme des succès absolus au point de vue de la valeur hémostatique du thermo-cautère, ils peuvent, à coup sûr, être considérés comme tels au point de vue de la trachéotomie. Quel est en effet, dans cette opération, le but que poursuit le chirurgien ? Personne ne contestera que c'est d'ouvrir la trachée seulement lorsque la plaie est à sec. C'est ce qu'ont recherché Récamier et Trousseau, ce qui paraissait déjà désirable à Krishaber; c'est l'avantage que M. Desprès avait le plus en vue en préconisant le procédé ordinaire par le bistouri et les ligatures. Or, dans les 12 observations qui précèdent, cet arrêt de l'hémorrhagie a toujours été obtenu, et le chirurgien n'a jamais eu à se préoccuper de l'introduction possible du sang dans la trachée. Je le repète, et il serait difficile de n'en point convenir, la trachéotomie peut à bon droit enregistrer ces faits comme ayant donné des résultats éminemment heureux, et elle se trouve compter, avec le galvano-cautère ou avec l'instrument de M. Paquelin, 27 succès sur 35 faits. Je crois même pouvoir rapprocher des faits précédents

le troisième fait de M. Labrie, rapporté par M. de Saint-Germain, qui n'a point fait mention d'accidents hémorrhagiques et qui, sans doute, n'aurait pas manqué de les signaler, s'ils s'étaient produits. Le nombre des succès est alors de 28. Restent 7 faits où l'hémorrhagie fut vraiment abondante. Encore, sur ce nombre, est-il un fait qui peut être regardé comme étant de bénignité moyenne : le sujet de l'observation IV de M. Verneuil (mém. cité) perd environ un verre à Bordeaux de sang ; l'artériole qui le fournissait est liée et l'opération continuée sans encombre. Quant aux 6 autres faits (Burns, 2 faits ; M. Verneuil, 1 fait (observation citée dans son rapport); M. Krishaber, 2 faits (obs. II, obs. IV); dernier fait de M. Tillaux), l'écoulement sanguin y fut assez considérable pour éteindre le couteau galvanique, et le chirurgien dut achever l'opération avec le bistouri ; mais, et il convient d'insister sur ce point, dans aucun de ces cas, la vie du malade ne fut menacée par le fait du mode opératoire employé, et, la canule une fois en place, les choses se passèrent simplement. En résumé, à ne considérer que l'hémorrhagie immédiate, 35 faits donnent 15 succès tels que le bistouri ne saurait en donner, 13 opérations dont le résultat serait considéré comme excellent avec tout procédé, 1 résultat moyen et 6 insuccès : encore l'insuccès se borne-t-il à l'obligation où se trouve le chirurgien de recourir au bistouri qu'il avait mis de côté, et sans être pour cela dans des conditions plus défectueuses que s'il l'avait employé dès le début. Il est bien évident, à lire les faits de M. Krishaber, de M. Verneuil et de M. Tillaux, que l'instrument tranchant aurait déterminé une hémorrhagie notable, et, comme les accidents pressaient, témoins les faits de M. Krishaber, on n'aurait pas eu le temps de pratiquer l'hémostase, et on aurait été obligé de faire précisément ce que l'on a fait, inciser la trachée dès qu'elle aurait été mise à nu sans se préoccuper de l'écoulement sanguin. C'est d'ailleurs, à mon tour, une exception heureuse que de pouvoir, avec le bistouri, n'ouvrir la trachée qu'au moment où la plaie est à sec, et je pense, heureux de me trouver d'accord en cela avec M. de Saint-Germain, que les cas sont rares où l'on peut procéder aussi lentement.

J'ai déjà dit quelle importance on avait accordée à l'hémorrhagie secondaire se produisant à la suite de la trachéotomie pratiquée par le galvano ou le thermo-cautère. « Je constate avec vous, écrivait M. Verneuil à M. Krishaber, je constate la *fréquence* de ces hémorrhagies tardives dans la trachéotomie, mais je ne l'explique pas ; elle me surprend d'autant plus que je n'ai rien vu de semblable dans les très-nombreuses opérations que j'ai faites jusqu'à ce jour avec le couteau galvanique dans presque toutes les régions du corps, les plus vasculaires y comprises. »

Mais ces hémorrhagies sont-elles vraiment aussi fréquentes que le pensent MM. Krishaber et Verneuil, et, lorsqu'elles se produisent, sont-elles de nature à inquiéter le chirurgien ? C'est surtout ce dernier point qu'il importe d'établir. A ne prendre que les observations où se trouve notée l'absence ou l'apparition d'une hémorrhagie secondaire, sur 29 faits, on en compte 6 avec indication de cet accident. L'hémorrhagie se montrant dans un cinquième des cas, c'est là une proportion énorme qui devrait faire réfléchir le chirurgien sur les dangers secondaires du procédé auquel il a recours. Mais quelles ont été les suites de cet accident? Dans le fait de Voltolini, « comme plusieurs fois une hémorrhagie secondaire se fit par une veine (qui avait été intéressée dans l'opération), ce point fut bourré de poudre de tannin, ce qui arrêta définitivement le sang. » Le premier opéré de M. Labrie eut, au 5e jour, une hémorrhagie partant de la plaie, qu'on arrêta avec l'amadou, la charpie et le perchlorure de fer. M. Krishaber a eu deux fois affaire à une hémorrhagie consécutive : la première fois (obs. I), il s'agit d'une hémorrhagie artérielle abondante, survenue quelques heures après l'opération : l'arrêt du sang fut spontané. Dans le second fait (obs. V), « l'hémorrhagie, sans être inquiétante, fut cependant plus abondante que celle constatée pendant l'opération (celle-ci, on le sait, avait été d'une cuillerée de sang). » Le premier opéré de M. Tillaux eut, au 5e jour, une hémorrhagie qui l'inquiéta beaucoup mais qu'arrêtèrent des applications de glace. Enfin, ma VIIIe observation donne aussi l'exemple d'une hémorrhagie secondaire, réprimée par l'application d'une rondelle d'amadou. On le voit, jamais l'hémorrhagie n'a entraîné la mort du malade ; jamais elle n'a été inquiétante ; en aucun cas elle n'a nécessité d'intervention quelque peu sérieuse. Cependant, si l'hémorrhagie secondaire, fréquente après l'opération par le thermo-cautère, ne s'observait jamais avec le bistouri, elle pourrait fournir un argument sérieux aux adversaires de la méthode. En est-il donc réellement ainsi ? M. Verneuil le croyait lorsqu'il écrivait son rapport sur le mémoire de M. Krishaber. « Cette proportion (des hémorrhagies secondaires) est d'autant plus remarquable que l'hémorrhagie secondaire est sinon inconnue (M. Millard n'en a jamais observé), au moins extrêmement rare dans les opérations faites au bistouri. » Malheureusement, tous les opérateurs n'ont pas été aussi favorisés que MM. Millard et Verneuil. André (th. de Paris, 1857, p. 38) et Bœckel (th. de Strasbourg, 1867, p. 45) citent chacun un cas d'hémorrhagie secondaire survenue après une trachéotomie faite avec le bistouri. Sanné a pu réunir 19 observations analogues (*Du croup après la trachéotomie*, Paris, 1869, p. 50) ; même il compte sur ce nombre *onze* décès causés soit directement par

l'hémorrhagie, soit par l'état d'anémie auquel le malade avait été eonduit. Le 18 avril dernier, M. de Saint-Germain rapportait devant la Soeiété l'histoire d'une traehéotomie faite au bistouri, en un seul temps, dans laquelle il n'y eut pas d'hémorrhagie immédiate : « le lendemain, au contraire, en retirant la eanule, il se produisit une hémorrhagie qui fut fatale. » Trois fois, sur mes 26 observations, j'ai observé une hémorrhagie secondaire : deux fois elle fut insignifiante, mais, dans le troisième fait, l'interne de garde, appelé en toute hâte, arriva pour eonstater la mort. A l'autopsie, je trouvai les bronehes obstruées par des caillots volumineux. Comme l'a dit M. de Saint-Germain, « ee n'est done pas le thermo-eautère seul qui détermine des éeoulements de sang tardifs. »

Quant aux eseharres étendues et englobant la trachée qui peut s'en trouver plus tard rétrécie, elles n'ont été mentionnées que dans le fait de M. Labrie, rapporté par M. de Saint-Germain, et encore ee chirurgien s'est-il contenté de dire que le rétréeissement était *à craindre*. En admettant que ces craintes se soient réalisées, c'est, suivant la remarque de M. Verneuil, le mode opératoire employé et non la méthode elle-même qu'il faut ineriminer, puisque l'opération fut faite avee une extrême lenteur qui a permis au rayonnement d'influeneer les tissus assez au loin. A ne prendre que les eas où la trachéotomie est pratiquée pour le croup, je ne sais même si la eautérisation produite par le eouteau thermique n'est pas avantageuse en prévenant dans une certaine mesure l'envahissement de la plaie par la diphthérie. Trousseau ne recommandait-il pas de toucher la plaie avee le nitrate d'argent immédiatement après l'opération et de renouveler cette pratique toutes les 24 heures ? Avec le couteau thermique, la cautérisation est plus immédiate encore, puisqu'elle a lieu par le fait même de la seetion des tissus, avee lesquels les produits reeteurs de l'infeetion ne peuvent entrer en eontaet. La réaetion locale n'est jamais très-marquée, quoi qu'en ait craint M. Krishaber, ear aucun opérateur ne la signale comme un danger. Il ne faut pas d'ailleurs oublier eombien sont fréquents l'infiltration gélatineuse et même l'œdème phlegmoneux des bords de la plaie ehez les enfants atteints de eroup et opérés avee le bistouri.

Quelques mots, avant de terminer, sur un point du manuel opératoire dont je laisserai de eôté les autres détails exposés longuement dans le mémoire de M. Bourdon : ce point est relatif au deuxième temps de l'opération, à l'incision de la traehée. J'y insiste d'autant plus volontiers que, dans la discussion du 11 avril 1877, M. Gillette, qui m'a fait l'honneur de eiter mon nom, m'a prêté une pratique absolument différente de celle que j'ai toujours suivie.

Comme lui et comme M. Krishaber, je préfère et j'ai pratiqué constamment l'incision de la trachée avec le bistouri. Dès ma première opération, il me parut inopportun d'ouvrir ce conduit avec un instrument incandescent, et cela pour plusieurs raisons. Le couteau thermique a un rayonnement qui ne saurait être nié ; cette action est sans doute peu marquée, à cause du pouvoir faiblement émissif du platine, mais elle n'en est pas moins réelle. N'y a-t-il donc aucun inconvénient à faire pénétrer dans la cavité trachéale, dont la muqueuse est déjà malade, un cautère dégageant ainsi de la chaleur ? En outre le couteau thermique est long ; le chirurgien est obligé de le saisir à une certaine distance de la pointe. Cet inconvénient, dont on a voulu faire un argument contre l'emploi du thermo-cautère, disparaît quand on se contente de sectionner les tissus mous avec cet instrument, mais il acquière une certaine importance si on se sert du couteau thermique pour pratiquer l'incision de la trachée. Que le couteau, trop chauffé, entre brusquement dans ce conduit, que l'enfant mal contenu fasse un mouvement, ne peut-il arriver que la pointe du couteau effleure la paroi postérieure de la trachée et y produise une escharre dont la chute aura pour résultat la perforation de l'œsophage et sa communication avec les voies aériennes ? Rien de semblable n'est à redouter avec le bistouri dont on peut saisir la lame à une distance voulue de la pointe. Enfin, l'action du couteau thermique détermine toujours une perte de substance des tissus mous : si cette perte est subie par la trachée, il est présumable que la cicatrisation s'est retardée, et l'établissement d'une fistule trachéale deviendrait un accident possible. La nécrose des cartilages trachéaux ne peut-elle aussi se produire ? L'emploi du bistouri (seulement pour ouvrir la trachée) ne présente aucun danger, si on a le soin de dénuder complétement ce conduit avec le cautère thermique, comme je l'ai fait dans mes 5 dernières observations. L'hémorrhagie est alors nulle, et l'on a ainsi tous les avantages de la méthode sans courir aucune chance fâcheuse.

En résumé,

1° La trachéotomie, pratiquée avec le bistouri soit par le procédé rapide (en un temps), soit par le procédé lent, donne lieu dans la majorité des cas à une hémorrhagie plus ou moins abondante, qui gêne le chirurgien et a pu souvent faire périr le malade. Elle peut aussi être suivie d'hémorrhagies secondaires dont la terminaison a été quelquefois fatale ;

2° La trachéotomie par le tranchant rougi (galvano-cautère, thermo-cautère) supprime, dans la majorité des cas, l'hémorrhagie immédiate ; elle permet plus souvent encore de n'ouvrir la trachée

que lorsque la plaie est à sec. Quand l'hémorrhagie se produit en grande abondance et dans les insuccès moyens, le chirurgien se trouve simplement obligé de recourir au bistouri et dans des conditions qui ne sont guère moins bonnes que s'il y avait eu recours d'emblée ;

3° L'hémorrhagie secondaire, plus fréquente avec le tranchant rougi qu'avec le tranchant ordinaire, a toujours été insignifiante;

4° Les escharres sont efficaces pour protéger la plaie contre l'envahissement diphthéritique ; elles n'acquièrent une étendue exagérée que si l'opération est faite trop lentement et le couteau rougi laissé trop longtemps au contact des tissus ;

5° La réaction locale est modérée ; les accidents phlegmoneux sont au moins aussi rares qu'avec le bistouri ;

6° La trachée doit être incisée avec le bistouri, après avoir été dénudée avec le thermo-cautère : on évite ainsi l'action du rayonnement sur la muqueuse trachéale, la perforation possible de la paroi postérieure de la trachée, la perte de substance ou la nécrose des cartilages ;

7° Le thermo-cautère, par la simplicité de son maniement, ses dimensions exiguës, son prix relativement peu élevé, doit être préféré au galvano-cautère, dans l'opération de la trachéotomie.

Discussion.

M. Paulet. Les conclusions du rapport de notre collègue m'engagent à vous faire part d'un cas de trachéotomie pratiquée à l'aide du thermo-cautère et qui m'a frappé d'autant plus qu'il s'agissait d'un enfant auquel j'étais très-attaché.

A la première apparition d'une plaque diphthéritique, j'administrai un vomitif, mais le larynx se trouvant envahi par les pseudo-membranes, je priai M. Verneuil de venir voir l'enfant. La trachéotomie fut décidée et pratiquée par M. Verneuil à l'aide du thermo-cautère. Le cou était long et maigre, je n'ai pas besoin de dire que l'opération fut faite habilement; les parties molles jusqu'à la trachée furent sectionnées à l'aide du thermo-cautère, la trachée fut incisée par le bistouri ; l'isthme du corps thyroïde ne put être évité.

Je constatai au bout de 48 heures un état vraiment attristant de la plaie ; il y avait une escharre ayant la largeur d'une pièce de 5 francs, aussi suis-je très-heureux que la trachée ait été sectionnée par l'instrument tranchant.

M. de Saint-Germain disait tout à l'heure : « Le thermo-cautère ne rayonne pas, aussi m'expliquai-je ces escharres par le contact

de la graisse en fusion » ; mais, dans le cas que je rapporte, il n'y avait pas de graisse, et, de plus, on observait tous les degrés de la brûlure et du menton au thorax une rougeur erysipélateuse.

L'enfant souffre le martyre et j'avoue que je ne puis pas, en raison de ce fait, ne pas redouter les escharres.

M. Depaul. Je ne saisis pas très-bien pourquoi M. de Saint-Germain raisonne d'une façon différente quand il se considère comme médecin ou comme malade. On se met en général aux lieu et place du malade lorsqu'on veut résoudre une question de traitement.

M. de Saint-Germain. Il n'est pas douteux qu'en employant le thermo-cautère, on ait moins d'accidents immédiats, aussi je puis comprendre qu'on adopte cette pratique. Mais il me serait bien permis à moi, médecin, d'opter pour une pratique qui expose à des accidents immédiats, mais me paraît à tout prendre plus rationnelle.

M. Rochard. Bien que mon expérience soit minime, je me demande quels sont les obstacles que l'on peut rencontrer chez l'adulte et quel besoin il y a d'employer le thermo-cautère.

Chez l'enfant, la trachéotomie est embarrassante, pénible ; il y a un moment où la vie de l'enfant tient à une seconde d'inattention de la part de l'opérateur.

M. de Saint-Germain. Je répète que ce qui rend la question difficile à résoudre, c'est l'absence de statistique exacte ; on ne connaît ni la nature ni la fréquence des accidents opératoires.

M. Rochard. Je persiste à dire que chez l'adulte on peut ne pas employer le thermo-cautère ; chez l'enfant l'opération est bien plus délicate et je comprends qu'on songe soit aux procédés expéditifs soit au thermo-cautère.

M. de Saint-Germain. Il faut bien se rendre compte que ce qui preoccupe dans l'adulte c'est l'hémorrhagie quelquefois très-abondante ; sur 5 cas, j'ai eu 3 fois des hémorrhagies et, à ce point de vue le thermo-cautère est précieux : il est hémostatique.

Communications

Tumeur congénitale de la région coccygienne,

par M. Panas.

Malgré les travaux nombreux parus sur ce sujet, la question de la nature et de la pathogénie de ces tumeurs, reste à l'ordre du jour et cela pour les deux raisons que voici :

En *premier* lieu, plusieurs des faits publiés ont été recueillis à une époque où les notions histologiques actuelles faisaient défaut.

En *second* lieu, une confusion regrettable semble avoir régné parmi les tumeurs qui proviennent d'un germe (*inclusion fœtale*), et celles qui constituent une véritable néoplasie, espèce de *bourgeonnement embryoplastique*, par aberration du travail formatif du nouvel être.

La seule manière de trancher désormais ces questions délicates d'anéologie, consiste à examiner soigneusement chaque nouveau fait qui se présente à la double lumière de l'histologie et de l'embryologie moderne.

C'est parce que le fait vous est propre, répond à ces conditions de contrôle scientifique, que nous avons cru devoir le communiquer à la Société.

Observation. — Dans le courant du mois de mars dernier, se présentait à notre consultation externe de Lariboisière, un enfant de 7 jours, du sexe féminin, très-débile, d'une teinte sub-ictérique. La faiblesse de ses cris indiquait suffisamment le peu de vitalité du pauvre petit être.

La sage-femme qui nous le conduisait, a appelé de suite notre attention sur l'existence d'une tumeur volumineuse de la région coccygène que l'enfant portait en naissant.

Cette tumeur, de la grosseur d'une orange, se prolongeait en avant du côté de l'anus, dont la demi-circonférence postérieure était comme cachée par le pédicule de celle-ci.

Arrondie, lisse, sans bosselures apparentes et d'une consistance mollasse, la masse néoplasique était recouverte d'une peau normale à la base, mince, rougeâtre et comme parcheminée vers le sommet où elle adhérait d'une façon intime avec les couches sous-jacentes. Sur un point le derme était déjà excarié, probablement par le mécanisme et l'urine qui souillait constamment cette partie de la peau.

Un autre détail important, c'est l'existence de gros plexus variqueux constitués par des veines sous-cutanées volumineuses, qui rampent sur la tumeur de la base au sommet.

Cette vascularité veineuse excessive de la masse, vous a paru comme un indice certain que le néoplasme en question était en voie de prolifération très-active, et c'est précisément ce qui a été confirmé, comme nous le disons, par le microscope.

En revanche on n'y sentait aucun battement, et l'auscultation ne révélait non plus, le moindre bruit anormal.

Ajoutons que la tumeur n'était ni réductible, ni transparente et que les cris de l'enfant ne la faisaient point gonfler.

Quant à la fluctuation vraie, elle n'existait que sur un point unique situé vers le sommet de la masse et en avant.

L'enfant étant morte chez ses parents le dixième jour après sa

naissance, nous fûmes autorisé à enlever la tumeur avec le sacrum et le périnée, ce qui nous permit d'en faire l'étude anatomique.

La circonférence de la tumeur mesure 17 centimètres d'avant en arrière, l'épaisseur en est de 13 centimètres, tandis qu'elle n'est que de 9 d'un côté à l'autre.

Son pédicule, qui est très-large, s'étend de la pointe du coccyx, en arrière, à l'orifice anal, en avant. Il mesure dans ce sens 5 centimètres. Voulant savoir de combien l'anus et le bas du rectum avaient été repoussés en avant par la tumeur, nous priâmes notre interne M. Monod, qui nous a beaucoup aidé dans ces recherches, de mesurer la distance exacte qui sépare la pointe du coccyx du pourtour de l'anus chez un enfant du même âge et il l'a trouvée être d'*un* centimètre seulement.

Comme la direction des coccyx sur la pièce pathologique était la même qu'à l'état normal, nous avons conclu que la tumeur en se développant avait repoussé l'anus en avant de 4 centimètres de plus qu'à l'état normal.

Après dissection des téguments qui n'a pu être complète qu'à la base, à cause des adhérences intimes qui reliaient plus loin la masse néoplasique à la peau, nous vîmes les bords postérieurs des deux muscles fessiers, recouvrir en partie la tumeur et se confondre avec l'enveloppe fibreuse de celle-ci. Poursuivant alors notre dissection plus loin dans le sens de l'excavation pelvienne et du sacrum, nous avons constaté les particularités suivantes :

1° Il n'y avait aucune communication entre le canal vertébral et l'intérieur de la tumeur.

2° Celle-ci se trouvait comme appendue au coccyx à l'aide d'une lame fibreuse mince et transparente, qui semblait contenir dans son dédoublement les trois ou quatre pièces encore cartilagineuses, qui composent cet os et qui se continuent d'autre part avec l'enveloppe fibreuse de la tumeur ainsi qu'avec les bords voisins des muscles fessiers.

3° La tumeur, en se développant par en haut, avait repoussé les parties molles et pénétré dans l'excavation pelvienne.

Cette espèce de prolongement profond était logé entre la concavité du sacrum et le rectum poussé en avant. De chaque côté la masse anormale était recouverte par les deux feuillets écartés du méso-rectum. Il n'y avait d'ailleurs aucune adhérence de ces parties (*rectum*, *sacrum*, *périnée*) avec la tumeur.

Il n'en est pas moins vrai que ces rapports sont importants à connaître, attendu que si une extirpation de la tumeur était chose possible et faisable, l'existence d'un prolongement pelvien de celle-ci et le voisinage du périnée et du rectum exigerait à son tour des précautions et pourrait à la rigueur, exposer à des dangers.

On sait que cette même disposition existait, chez l'enfant opéré avec succès, par notre collègue M. le professeur Depaul [1].

[1] *Bull. de la Société de chirurgie*, 1867.

4° Une coupe antéro-postérieure et médiane de la tumeur permet de distinguer une *masse comme cérébriforme et rouge* dans la moitié inférieure de celle-ci, et un tissu plus consistant, plus blanc et qui rappelle le *parenchyme du testicule*, dans la moitié supérieure de la tumeur.

La partie inférieure molle offrait à son centre une grande *cavité kystique*, lisse et contenant dans son intérieur un liquide clair filant.

De plus, sur différentes parties de la masse, on distinguait de *nombreuses petites cavités kystiques*, contenant un liquide analogue au précédent.

Enfin, le long du bord postérieur de la coupe et de chaque côté on voyait et l'on sentait au doigt une *série de petits noyaux rouges et résistants*, du volume d'une grosse tête d'épingle, ronds ou lamellaires, et qui nous apparaissent comme autant de portions d'os nouveau ou pour le moins de cartilage.

L'examen histologique de la pièce conservée absolument intacte dans une solution aqueuse de chloral, fut confié à M. Chambard, interne des hôpitaux, qui a bien voulu s'en charger, et soumettre ses préparations à l'examen de son maître, M. le Dr Malassez, au laboratoire du Collége de France.

Voici la note qui nous a été remise par M. Chambard, au sujet de la structure de la tumeur.

Dissociation. — Des fragments pris au voisinage du grand kyste, macérés dans l'alcool au tiers, puis dissociés, ont permis de constater sous le champ du microscope les éléments histologiques suivants :

1° Des cellules épithéliales cylindriques, munies d'un plateau et de cils vibratiles ;

2° Des cellules d'épithélium caliciforme ;

3° Des éléments sphériques à noyaux, analogues aux cellules lymphatiques ;

4° Enfin, des cellules fusiformes, des lambeaux de fibres conjonctives et de fines granulations graisseuses.

Coupes. — A un faible grossissement on voit des bandes fibreuses, dont les unes régulières forment la paroi du grand kyste et dont les autres, irrégulières et rayonnées, partent des parois du kyste, comme d'un centre, pour se diriger dans tous les sens.

Dans les loges ainsi constituées, se trouvent des masses d'apparence sarcomateuse et des kystes de dimensions variables.

La coupe est en outre parsemée d'assez nombreux noyaux de tissu cartilagineux.

Analyse des préparations. — A un fort grossissement, les parties que nous venons de mentionner, présentent la structure que voici :

Travées fibreuses.—Elles sont constituées par des fibres conjonctives parallèles, séparées par des lits de cellules plates et mêlées à de nombreuses et fines fibres élastiques plus abondantes dans la paroi du grand kyste qu'ailleurs.

Ces travées, surtout au voisinage du grand et des petits kystes, se

trouvent mêlées à des traînées de cellules fusiformes fasciculées, et d'éléments embryonnaires accumulés sur certains points.

Masses sarcomateuses. — Éléments embryonnaires sphériques pressés les uns contre les autres, et contenant par places, soit des kystes, soit des *noyaux cartilagineux*. Ces derniers se trouvent également au milieu des travées fibreuses, de forme ovalaire sur la coupe; les noyaux en question sont formés de cartilage hyalin.

Kystes de formes et dimensions très-variables. — Ces kystes sont constitués par une paroi fibreuse, présentant aussi, comme il a été dit, des éléments fusiformes et embryonnaires.

Ces kystes sont tapissés par un *épithélium cylindrique cilié*, contenant de nombreuses cellules caliciformes. Ces cellules très-nombreuses sont dans un état de prolifération interne, car elles forment aux parois kystiques un épais revêtement, et les cavités des kystes renferment de nombreux débris de cellules épithéliales de squammées et de nombreux leucocytes.

En beaucoup de points, il se fait dans la paroi des kystes une active prolifération cellulaire, celle-ci alors est repoussée, et il ne tarde pas à se former des bourgeons d'abord sessiles, puis pédiculés, qui s'avancent dans la cavité kystique et tendent à s'effacer et à la subdiviser.

Certains kystes complétement effacés se présentent sous l'aspect de doubles travées épithéliales, d'autres sont remplies par des globules rouges du sang.

Épicrise. — Pour juger de la signification histologique de cette tumeur et partant de son origine probable, il nous faut savoir si de pareils néoplasmes peuvent se développer en dehors de la vie intra-utérine.

Si *oui*, l'idée que la tumeur peut provenir de l'inclusion d'un germe doit rester dans le doute; si *non*, on peut et l'on doit la rattacher à cette cause, et cela, malgré l'état très-rudimentaire de l'organisation du germe.

D'après Cornil et Ranvier[1], des tumeurs analogues à celle que nous venons de décrire se développent chez l'adulte, principalement dans les glandes, comme dans le testicule, l'ovaire et la parotide. Rien donc n'empêche de supposer que nous avons affaire ici à une tumeur du même genre développée dans la région coccy-anale chez un embryon. Toutefois, avant d'adopter définitivement cette manière de voir, il faudrait pouvoir répondre d'une façon affirmative à certaines questions qui se présentent à l'esprit et qui ne manquent pas d'être embarrassantes.

C'est ainsi qu'on est en droit de se demander pourquoi ces tumeurs affectionnent si souvent la région sacro-coccygienne.

Quel est, chez le fœtus, l'organe glandulaire ou autre, qui, à l'instar du testicule, de l'ovaire et de la parotide, chez l'adulte, en serait le point de départ. Serait-ce la trop fameuse glande de Luschka?

Que signifient, dans le cas par nous observé, ces noyaux cartilagineux

[1] *Histologie pathologique.*

étagés de haut en bas comme le ferait une colonne vertébrale rudimentaire? Sont-ce là de petites masses chondromateuses disséminées, ou ne doit-on pas les envisager plutôt comme des linéaments, comme une première ébauche d'os rudimentaire?

Que signifie à son tour cette grande cavité kystique centrale, accompagnée d'autres cavités de même genre, formées d'un tégument rudimentaire et tapissé d'un riche épithélium caliciforme et de cellules à cils vibratiles. Sont-ce là des cavités accidentelles, ou bien des portions de voies aériennes et digestives arrêtées dans leur évolution première?

La richesse excessive de la masse néoplagique en vaisseaux veineux, d'un développement colossal, comparativement au volume de la tumeur, ne signifie-t-elle pas aussi quelque chose de particulier?

Voilà autant de considérations qui, nous l'avouons, laissent planer des doutes sérieux dans notre esprit, aussi sommes-nous porté à vous demander, si, dans notre cas, comme dans les cas analogues au nôtre, on ne doit pas bien plus penser à une *inclusion fœtale avortée*, qu'à une néoplasie pathologique véritable.

Il appartient à des études histologiques ultérieures de trancher un jour ces questions délicates, et c'est en vue d'y contribuer que nous avons cru devoir communiquer à la Société de chirurgie le fait qui précède.

Discussion.

M. Depaul. Les faits anciennement observés ne jettent presque aucun jour sur l'étiologie de ces tumeurs, car aucun d'eux n'a été soumis à l'examen histologique.

Molck, dans une thèse de 1868, a relevé tous les faits et a cherché à les classer, mais sa classification ne repose sur rien de sérieux.

J'ai présenté en 1867 à la Société de chirurgie un cas de tumeur de la région inférieure du tronc, et à ce sujet j'établirai une distinction. Les tumeurs de la région inférieure du tronc doivent être distinguées en périnéales et sacrées; je m'occuperai seulement des périnéales.

Je rappellerai que la première tumeur observée remonte aux premières années de la création de la clinique d'accouchement.

M. Dubois convoqua plusieurs de ses collègues, MM. Orfila, Cruveilhier entre autres, et on s'arrêta au diagnostic de cancer, en raison de la structure à l'œil nu, de la présence de suc cancéreux; quelques années après un cas semblable se montra et le même diagnostic fut porté.

Depuis j'ai vu un certain nombre de faits qui m'ont démontré

combien était grande l'erreur de nos maîtres, si distingués d'ailleurs.

J'ai pu en 1864, présenter à la Société de chirurgie une de ces tumeurs périnéales ; l'analyse microscopique faite par M. Robin a montré qu'il s'agissait d'une tumeur à myélocytes, c'est-à-dire qu'elle était une émanation de la moelle, bien qu'on ne trouvât aucune communication. Quelques années avant M. Robin avait trouvé la même structure à une tumeur analogue comme siége présentée par M. Ball.

En 1867, j'observai une nouvelle tumeur qui remplissait la cavité pelvienne et ressortait du bassin par l'échancrure sciatique.

En 1870, j'opérai à la clinique un enfant nouveau-né atteint d'une tumeur périnéale qui naissait par un pédicule gros comme le pouce et de 1 centimètre 1/2 de longueur de la région sacrée. J'extirpai la tumeur et quelques jours après l'enfant était guéri. L'examen fait par M. Robin montra des éléments fusiformes en grand nombre et de plus des traces de tous les éléments normaux du corps, tissus cellulaire, osseux, fibreux, cartilagineux.

Voilà donc des tumeurs de variété différente ; celle que nous présente M. Panas me paraît analogue au fait dans lequel la production pathologique pénétrait dans la cavité pelvienne, M. Panas a fait allusion à la glande de Luschka ; j'ai fait à ce sujet une série de dissections et d'analyses histologiques et je puis affirmer qu'en avant du coccyx on trouve une petite masse grisâtre qui à l'œil a l'aspect glandulaire. Les anatomistes ne parlent pas de cette glande ; M. Sappey pense qu'elle existe, mais a négligé de la décrire. Je serais donc porté à rattacher la tumeur en question à cette glande de Luschka.

A ces faits j'en ajouterai un autre plus rare que j'ai observé au mois de mars. A cette époque une femme m'apporta un enfant de 4 jours atteint d'une tumeur périnéale volumineuse ; elle avait le volume d'une orange moyenne. Mes élèves crurent à un spina-bifida, mais la tumeur était située entre l'anus et le coccyx qui était relevé comme une queue de cheval. C'était un kyste transparent et fluctuant ; je retirai par la ponction 160 grammes de liquide, je fis une injection iodée, et au bout de 8 à 10 jours, la tumeur avait disparu laissant à sa place les téguments ridés. L'examen chimique montra que le liquide qui s'était séparé en deux couches avait la composition du liquide céphalo-rachidien avec addition d'un liquide sanguin dont les globules sont à peine altérés ; la faible densité du liquide, 1018, est ainsi expliquée. Il est en résumé hors de doute que ce kyste ait communiqué avec le canal rachidien. Je me résume en disant que la classification de Molck n'est pas en rapport avec les faits : on peut seulement dire que les

tumeurs solides, quelle que soit leur nature, sont les plus communes, les kystes au contraire sont rares.

M. HOUEL. Je partage le désir exprimé par M. Depaul de voir diviser les tumeurs congénitales de la partie inférieure du tronc en périnéales et sacrées ; cette distinction me paraît tout à fait justifiée par les faits.

Je ferai seulement remarquer que la tumeur présentée par M. Ball à la Société de biologie était non une tumeur du périnée, mais une tumeur du sacrum, un spina-bifida, en un mot, où M. Robin a constaté les éléments de la moelle.

M. PANAS. Je tiens expressément à remercier M. Depaul d'avoir bien voulu nous apporter le concours de son expérience : comme notre collègue, je crois qu'il faut recueillir avec soin tous les faits et les soumettre à un examen approfondi.

Je rappellerai que dans certaines des poches kystiques qui existaient dans la tumeur que j'ai présentée on trouvait un épithélium à cils vibratiles analogue à celui que l'on rencontre dans les voies aériennes : on est donc obligé d'admettre que certaines de ces tumeurs sont des germes arrêtés dans leur évolution.

Je ferai remarquer en dernier lieu que chez mon malade le coccyx n'était pas refoulé en arrière comme le pensait M. Depaul : c'est l'anus qui était poussé en avant de telle façon que cet orifice se trouvait au fond d'une cavité.

Présentation de malades.

M. Trélat présente deux malades atteints de division de la voûte palatine et du voile du palais et auxquels il a réussi à fermer cette solution de continuité congénitale. L'un de ces malades est une jeune fille qui parle déjà bien, quant au jeune homme qui est portugais, on le comprend assez mal, mais il était auparavant tout à fait incompréhensible.

M. Trélat se réserve, lorsqu'il montrera d'autres malades encore en traitement, de donner des détails sur le procédé qu'il emploie et sur la succession des temps de l'opération.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire,
CRUVEILHIER.

Séance du 6 juin 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger ;

2° *Statistique de la guerre de* 1870-1871, par M. Fischer;

3° Une brochure intitulée : *Observation obstétricale*, par le professeur Wasseige, de Gand ;

4° M. Guyon présente de la part de M. le Dr H. Picard, un *Traité des maladies de la prostate*. — De la part de M. le Dr Henriet, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Étude sur le traitement des affections calculeuses chez l'homme par la lithotritie*. Cette thèse est destinée à concourir pour le prix Duval ;

5° M. Larrey présente à la Société, de la part de M. le Dr de Soneza-Fontès, médecin conseiller de l'empereur du Brésil, une observation de monstruosité dite *extromélie quadruple*, constituant l'absence congénitale des quatre membres, presque en totalité, chez un enfant qui doit avoir aujourd'hui 5 ans.

Ce cas fort rare, mais non unique, comme le prétendait notre honorable confrère étranger, a été même décrit par Debout père, dans son savant travail *sur les vices de conformation des membres* (voir les *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. VI, 1868). Trois photographies accompagnent l'observation de M. Fontès, qui pourrait être l'objet d'un rapport;

6° M. Panas offre, au nom de M. le Dr Alfred Fournier, un volume intitulé : *Des glossites tertiaires*, dont le présentateur fait l'éloge en quelques mots ;

7° M. Roux de Brignolles fils adresse une lettre relative à une aiguille spéciale inventée par son père dans le but de faciliter le passage de la scie à chaîne dans la fente sphéno-maxillaire, lorsqu'on pratique la résection du maxillaire supérieur ;

8° M. Tillaux présente, de la part de M. le Dr Jules Bœckel, de Strasbourg, un travail manuscrit intitulé : *Note sur le drainage au catgut dans les plaies d'amputation* (commissaires : MM. Le Fort, Tillaux, Lucas-Championnière).

A l'occasion du procès-verbal.

M. Després. La communication de M. Paulet, au sujet des brûlures et escharres déterminées par le thermo-cautère, ne peut que me confirmer dans la préférence que j'accorde au bistouri.

J'ai communiqué à l'Académie, mardi dernier, un fait de trachéotomie pour corps étranger dont j'ai omis les détails opératoires qui me semblent mieux à leur place à la Société de chirurgie. Il s'agissait d'un enfant de 6 ans qui avait avalé un pendant de boucle d'oreille en verre ; comme il avait des accès de suffocation, il fallait agir. La trachéotomie fut faite, dura 20 minutes, mais la suite de l'opération montre qu'il y aurait eu des inconvénients, soit à faire l'ouverture de la trachée en un seul temps, soit à se servir du thermo-cautère. L'incision des diverses couches n'offrit rien de particulier jusqu'au corps thyroïde qui avait une hauteur de 1 centimètre 1/2, et de plus des veines volumineuses rampaient sur la surface; il n'y avait que deux anneaux au-dessus du corps thyroïde, il n'y avait pas assez de place pour faire une ouverture capable de laisser passer le corps étranger. Je pris une sonde cannelée et une pince et je procédai comme pour une ligature d'artère, je séparai les deux lobes du corps thyroïde et je dénudai la trachée, je fis alors *à sec* une incision de 1 centimètre 1/2 qui intéressa quatre anneaux de la trachée.

Quel résultat eût-on obtenu par les deux méthodes que je combats. Par la méthode en un seul temps on eût infailliblement coupé une des veines et le corps thyroïde, son lobe droit ou son lobe gauche ; par le thermo-cautère, on eût sectionné le corps thyroïde et on aurait eu sans doute une hémorrhagie consécutive; tandis qu'en me servant du bistouri, j'ai pu séparer les deux lobes du corps thyroïde et faire une large section de la trachée qui permit au corps étranger de sortir par la plaie.

J'ajoute qu'une demi-heure après cette opération l'enfant parlait et que le lendemain la plaie était réunie, par première intention; ce n'est pas le plus mince avantage de la trachéotomie avec le bistouri.

M. Gillette. J'ai accidentellement vu un malade chez lequel M. Krishaber a fait la trachéotomie palliative pour un cas de cancer du larynx; il y avait, 18 jours après, une perte de substance capable de loger un petit œuf de poule. M. Krishaber a l'habitude de sectionner la trachée avec le bistouri; dans le fait dont je parle, l'opérateur avait dénudé la trachée avec le thermo-cautère avant d'inciser le conduit avec l'instrument tranchant.

M. le président fait part de la présence de M. Faucon, d'Amiens, correspondant national.

Rapports.

Rapport oral sur un cas d'autoplastie de la face pratiqué par M. Brière,

par M. Paulet.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, atteinte d'un cancroïde de la face qui avait été pris pour une tumeur lacrymale ulcérée. M. Brière a fait une autoplastie qu'il intitule par glissement, bien qu'il ait pris son lambeau sur le front comme dans la méthode indienne. Le lambeau a été fixé par 12 points de suture et au bout de 10 jours le pédicule a été sectionné. Le succès a été complet, la plaie du front a été réunie par la suture entortillée. Deux photographies sans retouche, nous dit M. Brière, ont été adressées; je soupçonne que pour la deuxième épreuve le cliché a été retouché. Quoi qu'il en soit, l'observation est intéressante, bien qu'elle n'ait rien de très-personnel. Je propose donc d'adresser des remerciements à notre confrère et de déposer son observation aux archives.

Communications.

Calcul de la vessie chez une femme de 59 ans; taille vésico-vaginale. — Guérison,

par M. Guyon.

La Société s'est occupée, il y a peu de temps, de la question des calculs chez la femme; j'ai opéré le 25 avril dernier une femme de 59 ans, au sujet de laquelle je vais entrer dans quelques détails.

Je rappellerai que plusieurs de nos collègues, et en particulier M. Paulet, ont établi une distinction entre la femme et la petite fille; cette distinction me paraît très-importante.

La malade que j'ai eu à traiter avait 59 ans; elle avait eu sept enfants, avait toujours été bien réglée jusqu'à 43 ans et n'accusait aucun accès antérieur de coliques néphrétiques.

Les douleurs étaient intolérables dès que la malade exécutait le moindre mouvement, il lui semblait alors que quelque chose se déplaçait

Les mictions fréquentes n'expulsaient que quelques gouttes d'urine et s'accompagnaient d'une violente cuisson au niveau du méat. Il y avait eu d'assez fréquentes hématuries, et l'urine contenait du muco-pus.

L'exploration montre que le calcul n'a pas un volume supérieur à 4 centimètres.

Il fallait mettre en balance les avantages et les inconvénients de la taille et de la lithotritie.

La lithotritie était faisable; le péritoine n'avait pas subi d'atteintes antérieures, car en pareil cas il faut tenir compte des pelvi-péritonites; mais la lithotritie est un mode de traitement long, et de plus ta taille vésico-vaginale est peu grave et à ma connaissance n'est jamais mortelle, tout en ayant l'inconvénient d'ouvrir une voie à l'urine et d'amener une fistule vésico-vaginale.

Restent les opérations faites sur l'urèthre; elles sont moins inoffensives, exposent à une incontinence d'urine sur laquelle l'intervention du chirurgien n'a pas de prise; aussi je préférai ouvrir par le vagin à l'urine une voie plus facilement guérissable, et à l'exemple de M. Valette, d'Orléans, faire immédiatement la suture du vagin.

La malade fut placée sur le côté droit et endormie dans cette position; le spéculum américain introduit, je fis une incision de 4 à 5 centimètres sur la rainure du cathéter. J'essayai de fragmenter le calcul à l'aide d'une chaîne d'écraseur, mais je ne pus y arriver; l'extraction se fit, du reste, sans difficulté. Je plaçai 10 points de suture métalliques.

Il n'y eut aucune suite opératoire, la température ne dépassa pas 38°,4; la sonde fut laissée 6 jours à demeure et le dixième jour j'enlevai les fils et je trouvai la plaie parfaitement fermée.

Je crois que par aucun procédé je n'aurais obtenu une guérison aussi rapide, aussi conseillerais-je cette manière de faire lorsqu'on a affaire à une femme. Il n'en est plus de même chez une fille vierge qu'on ne peut déflorer ou chez une petite fille dont le vagin n'est pas assez spacieux.

Pour compléter ma pensée, je dirai que chez l'homme la lithotrithie est bien plus innocente que la taille, tandis qu'au point de vue de la bénignité de la taille, la femme se rapproche de l'enfant. Ce fait vient à l'appui de la doctrine que je viens d'exposer.

Discussion.

M. Desprès. Bien que je trouve l'opération de M. Guyon bien conçue et bien exécutée, je n'admets pas pourtant qu'il faille l'imiter sans hésitation. J'ai présenté une malade qui, traitée par la dilatation, a été débarrassée en 2 jours; le sixième jour elle sortait de l'hôpital. Ma manière d'agir est préférable en ce sens qu'on ne fait aucune incision.

M. Guyon. Je n'ai pas eu l'idée de comparer mon opération à la dilatation; car si M. Desprès veut examiner mon calcul, il verra qu'on ne pouvait l'extraire qu'après plusieurs séances de broiement à l'aide de la dilatation. Si, au contraire, la pierre est molle ou peu volumineuse, je ne conseille pas de faire la taille. Le cas de M. Desprès relève des manœuvres uréthrales avec broiement ou avec dilatation.

M. Panas. Je prie M. Guyon de vouloir bien nous donner sa statistique; si je fais cette question, c'est que je crois que les insuccès sont rarement publiés et que les statistiques heureuses qu'on nous donne sont rarement intégrales.

M. Guyon. Ma communication n'avait pas pour but de traiter la question d'une façon générale. Je répondrai à M. Panas que j'ai fait quatre fois la taille vésico-vaginale, une fois la dilatation. Mes trois premiers cas de taille m'ont donné une mort : deux de ces malades avaient une fistule préexistante qui, chez l'une, s'était produite par usure; toutes deux se sont refusées à toute réparation vaginale. La femme qui a succombé s'était introduit une épingle à cheveux et avait eu des accidents si graves qu'on l'avait crue atteinte, à deux reprises, de fièvre typhoïde. A la suite d'une séance de lithotritie, j'eus des accidents si graves que je fis la taille vésico-vaginale sans suture des lèvres de la plaie.

Mon cas de dilatation a été suivi de mort dans des conditions qui me font regretter de n'avoir pas pratiqué la taille; c'était une femme que j'avais opérée à la Clinique en 1868 d'une fistule vésico-vaginale; un calcul survint, et comme la malade avait eu des pelvi-péritonites je n'osai pas fendre l'urèthre, je fis la dilatation ; il y eut péritonite et mort.

M. Panas. Je n'ai fait qu'une fois la taille vésico-vaginale et l'opération fut suivie de mort. Il s'agissait d'une femme qui avait un calcul de la grosseur d'un œuf de poule ; la vessie n'était pas malade et la santé excellente. J'avais entendu dire que la taille vaginale était sans danger, je la pratiquai à Lariboisière. Il n'y eut rien d'insolite pendant le cours de l'opération et l'extraction du calcul fut très-facile; au troisième jour il survint du frisson, de la fièvre, des signes d'infection purulente. A l'autopsie on trouva de la suppuration du tissu caverneux du vagin et des veines pelviennes. Ce fait de pyémie aigüe me remit en mémoire les observations de Jobert, qui prétendait avoir perdu plusieurs de ses opérées de fièvre typhoïde intercurrente; c'était de la pyémie.

Je me suis alors demandé si les blessures du vagin sont aussi innocentes qu'on le dit et si pour remédier à une fistule, qui n'est

qu'une infirmité dégoûtante il est vrai, on devait faire une opération grave : y aurait-il un moyen de rendre innocentes ces opérations sur le vagin. La structure de ce canal comprend, en outre des deux muqueuses, un corps spongieux et veineux dont la blessure peut donner lieu à des phlébites.

Comment se fait-il que les fistules opérées par la méthode américaine ne soient pas suivies d'accidents, cela ne tient-il pas à ce que cette méthode consiste à faire seulement l'abrasion de la muqueuse et exclut les débridements latéraux, les incisions libératrices de Jobert, qui étaient l'écueil de sa méthode.

Je me résume en disant que le nombre des succès me fait douter que des auteurs aient publié intégralement leur statistique de taille vaginale; j'ajoute que je serais porté à employer, soit le thermo-cautère, soit quelque autre procédé moins dangereux que le bistouri.

M. Verneuil. Je suis de l'avis de M. Panas en ce sens que je n'admets que les statistiques intégrales, fussent-elles même d'un fait. Mais quand on veut juger les statistiques, il faut avant tout considérer l'état antérieur du malade ; qu'on ait employé n'importe quelle méthode chez la femme à laquelle M. Guyon a pratiqué la dilatation, elle serait morte de même.

M. Panas a soulevé la question des plaies de la cloison vésico-vaginale; il y a des accouchements laborieux pendant le cours desquels les malades meurent avec une de ces déchirures.

J'ai vu un cas de déchirure longitudinale de la cloison vésico-vaginale au sujet de laquelle je demande à dire quelques mots, et qui est consignée dans le tome I[er] de mes *Mémoires de chirurgie*. Il s'agissait d'une fille de 23 ans qui, en voulant descendre précipitamment d'un cerisier, tomba sur un échalas taillé en biseau, lequel pénétrant dans le vagin déchira la cloison vésico-vaginale. Le vagin débarrassé des corps étrangers qu'il contenait, on put voir une plaie longitudinale oblique en arrière et à gauche longue de 45 millimètres environ. L'avivement pratiqué, on plaça 8 points de suture, mais la malade traversa une période d'accidents graves qui me donnèrent des inquiétudes; aussi serais-je porté à croire qu'une simple plaie de la cloison n'est pas une chose insignifiante.

J'ai consacré un chapitre à la léthalité des fistules vésico-vaginales dans l'ouvrage déjà cité, et sur un peu moins d'une centaine de malades j'en ai perdu 5; l'une des observations les plus curieuses est celle où la malade a succombé à une péritonite causée par une rétention de flux menstruel dont l'origine était dans un rétrécissement du col utérin.

Mais la cause la plus fréquente de la mort réside dans les affections des reins; Bollock l'avait déjà dit et j'ai présenté à la Société

anatomique un cas dans lequel un uretère était placé sur le bord de la fistule; il y eut dilatation de l'uretère et hydronéphrose.

Quant aux thromboses des plexus utéro-vaginaux dont a parlé M. Panas, j'en ai trouvé chez les nouvelles accouchées. On peut très-bien admettre que les phlébolithes existant antérieurement puissent servir de centre à des coagulations nouvelles, si les malades se trouvent soumises à une opération. J'ai opéré d'une fistule vésico-vaginale une femme qui avait eu une pelvi-péritonite; elle fut prise subitement d'une syncope, la face était bleue, il y avait en un mot tous les signes d'une embolie pulmonaire; la malade se remit de cette alerte, mais le surlendemain survint une phlegmatia alba dolens.

M. Tillaux. Il me semble que M. Guyon ne s'est pas assez occupé de la taille uréthrale, il a mis en parallèle la dilatation, la lithotritie et la taille; la dilatation était dans ce cas une mauvaise opération, car on ne peut dilater au delà de 0°,03, mais on aurait pu faire une incision sur le côté de l'urèthre. Le cas de M. Guyon est très-intéressant comme exemple d'un beau succès.

M. Panas nous a parlé du tissu caverneux du vagin, il semble assimiler cet organe à l'urèthre de l'homme; or, je ne connais pas de tissu caverneux dans la cloison vésico-vaginale, il est bien entendu que je ne parle pas du bulbe du vagin.

J'admets, au contraire, très-bien les plexus dont a parlé M. Verneuil, qui sont latéraux et dans lesquels se rendent les veines vaginales.

M. Panas. En me servant du mot de tissu caverneux j'ai voulu établir une analogie avec les blessures de l'urèthre; le tissu est analogue à celui que Jarjaday nommait spongio-vasculaire. J'affirme, d'après les recherches de Kobelt que j'ai contrôlées, qu'il y a dans la muqueuse du vagin et de la vessie un plexus veineux abondant.

Je n'assimile pas du reste ce tissu avec le bulbe anatomiquement, mais au point de vue opératoire, et je suis convaincu que si on n'a pas plus souvent d'accidents, c'est qu'on agit sur un tissu cicatriciel le plus souvent.

M. Guyon. Je n'ai pas voulu dire qu'on ne pouvait extraire les calculs par la taille uréthrale, mais cette opération a pour défaut d'entraîner une incontinence souvent inguérissable.

Je crois qu'il faut tenir grand compte de ce qu'a dit M. Panas, au sujet de la léthalité; en somme, ma statistique est favorable, puisque je n'ai perdu qu'un malade de néphrite sur quatre opérés.

Quant au cas de M. Verneuil, indépendamment de la déchirure

de la cloison, il peut y avoir eu chez sa malade une action contondante assez grave pour expliquer les accidents.

Pour revenir aux calculs vésicaux chez la femme, je crois que la taille vaginale avec suture immédiate est l'opération qui offre les plus grandes conditions d'innocuité, si le calcul a un certain volume.

Présentation de malades.

Arrêt de développement du maxillaire inférieur.

M. Desprès présente à la Société un enfant qu'il a vu le matin à l'hôpital Cochin; c'est un enfant de 5 jours, du sexe masculin, qui présente un maxillaire inférieur non développé, il est si petit qu'il entre dans la voûte palatine; ce qui suppose une diminution de moitié de cet os. Le bord alvéolaire de l'os est aminci et semble à peine développé, mais la branche horizontale de la mâchoire est à peu près normale et il en résulte que le menton fait une forte saillie en pointe au niveau du menton.

La langue est atrophiée et en pointe, elle n'emplit même pas le plancher inférieur de la bouche.

Peut-être cet enfant n'a-t-il pas de bulbes dentaires.

La succion chez cet enfant peut néanmoins se faire, mais il lui faut une nourrice à bout de sein très-long ou un biberon très-long.

Présentation d'appareils.

M. Th. Anger. J'apporte devant la Société quelques échantillons d'un papier souple, assez résistant, imperméable et qui peut être substitué comme emploi au taffetas gommé et au mackintosh de Lister. Ce papier est fait avec du coton, et il doit sa souplesse et son imperméabilité à la glycérine qui est employée dans sa préparation.

On peut le mouiller, le laver, sans qu'il se déchire; on peut même l'employer sous forme de bandes, pour maintenir les pansements humides et les empêcher de se dessécher.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire,
Cruveilhier.

Séance du 13 juin 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger ;

2° Le Ier volume des *Traductions de la Société gynécologique de Boston* pour 1876 ;

3° M. Duplay offre en son nom : 1° le 3e fascicule du tome V de son *Traité de pathologie externe;* 2° un volume intitulé : *Conférences de clinique chirurgicale faites aux hospices Saint-Louis et Saint-Antoine ;*

4° M. Larrey offre une cinquantaine de thèses récentes de la Faculté de Paris, sur diverses questions de chirurgie ;

5° M. Verneuil offre, au nom de M. Liron, une thèse inaugurale intitulée : *Essai sur la chéloïde inguinale spontanée.*

A l'occasion du procès-verbal.

M. de Saint-Germain. Je crois devoir donner lecture à la Société d'une lettre de M. Krishaber, dont le nom a été souvent prononcé dans cette discussion, cette lettre a trait à l'emploi du thermo-cautère dans la trachéotomie. Voici cette lettre :

«Comme vous avez bien voulu assister à ma dernière trachéotomie sur l'adulte au moyen du thermo-cautère, je vous serais bien obligé de rectifier une erreur de fait commise involontairement par M. Gillette à la dernière séance de la Société de chirurgie. M. Gillette, à en juger d'après le compte rendu sommaire des journaux, avait dit que j'ai ouvert la trachée avec le thermo-cautère ; il n'en est rien ; c'est avec le bistouri que j'ai sectionné les anneaux de la trachée, et j'avais agi de même sur tous mes opérés par les procédés thermiques.

« Comme je n'ai jamais observé d'hémorrhagie à la suite de la section de la muqueuse trachéale, comme d'une autre part, ces trachéotomies sur l'adulte ont toujours été nécessitées par des affections chroniques qui produisent, j'ai énoncé ce fait depuis longtemps, très-souvent l'ossification prématurée des cartilages, j'ai voulu éviter la nécrose dans la mesure du possible. Le bistouri

me paraissait sous ce rapport préférable au thermo-cautère. Et cependant il résulte de deux autopsies que j'ai faites sur mes dix opérés par le procédé thermique que le bistouri ne met pas la trachée à l'abri de la nécrose qui est due, je crois, à la simple présence prolongée de la canule.

«Mon dernier malade a succombé au 18e jour de l'opération à une broncho-pneumonie franche, survenue dès les premiers jours après l'opération. M. Gillette l'a vu le jour ou le lendemain de sa mort, la canule étant retirée. Il a remarqué que la trachée était nécrosée, ce qui est parfaitement juste, mais ce qu'il n'a pas pu constater, c'est l'ossification des anneaux et celle des cartilages du larynx. Il ignorait en outre que la section de la trachée avait été faite au bistouri. Le thermo-cautère doit par conséquent être innocenté à cette nécrose qui est due à la présence de la canule dans une trachée ossifiée.

«L'embaumement du corps ayant été demandé, l'honorable confrère chargé de cette opération a bien voulu sur ma demande enlever le larynx et une partie de la trachée; malheureusement ce dernier organe a été pris trop court, mais la pièce que je vous envoie vous montre bien l'ossification de tout le tissu cartilagineux. La volumineuse végétation que vous trouvez implantée sur la corde vocale droite, et sur la nature de laquelle l'examen histologique que je vais faire me renseignera dans quelques jours, avait oblitéré le larynx à un tel point que je n'osais pas y introduire des instruments avant d'assurer la respiration par la trachéotomie; car il m'est arrivé dans plusieurs circonstances d'être obligé de faire la trachéotomie *in extremis* alors que je voulais opérer par les voies naturelles, des individus atteints de tumeurs intra-laringées. Il avait été pris du spasme de la glotte au premier attouchement de mes instruments.

« Pour revenir au procès-verbal de la Société de chirurgie, permettez-moi d'ajouter encore un mot. Il est une circonstance importante dont on n'a pas tenu compte dans les discussions de la Société; je devrais vous la signaler. La plaie de la trachéotomie se comporte très-différemment selon qu'il est nécessaire, ou non, de maintenir la canule dans la trachée. Lorsqu'il s'agit de corps étrangers comme dans la dernière opération de M. Desprès, et que ce corps étranger est retiré par la plaie, celle-ci, abandonnée à elle-même, tend à se cicatriser rapidement, si non toujours, par première intention. Il en est encore de même dans les cas où la canule a séjourné quelques jours seulement, comme cela a lieu dans l'œdème aigu ou le spasme de la glotte. Mais les choses ne se passent pas de même quand la trachéotomie est faite pour des maladies chroniques du larynx, quelle qu'en soit la nature, et qu'il devient né-

cessaire de maintenir la canule en place indéfiniment. Il ne faut pas oublier qu'en somme, cette canule est un corps étranger extrêmement volumineux au milieu d'une plaie pénétrante et étendue. C'est ordinairement vers le 6ᵉ ou 8ᵉ jour que commence la béance des bords de la plaie, qui s'accuse de plus en plus pendant plusieurs jours, se rétracte avec une lenteur extrême. Cette béance de la plaie, je l'ai observée sur des trachéotomies faites entièrement au bistouri. J'ai pu faire cette observation comparativement, en ne tenant compte que des trachéotomies sur l'adulte, nécessitées pour des maladies chroniques du larynx, ma statistique personnelle se rapporte à 21 opérations dans lesquelles la canule fut maintenue dans la trachée pendant un temps variable, le minimum ayant été de 75 jours. Sur ces 21 opérations, j'en ai fait 11 au bistouri exclusivement, et 10 par les procédés thermiques (galvano-cautère et thermo-cautère). Jamais je n'ai ouvert la trachée autrement que par le bistouri.

« J'ai signalé déjà une fois a la Société de chirurgie des hémorrhagies secondaires après les procédés thermiques; j'ai été le premier à dénoncer cet inconvénient qui m'avait alarmé au début. Plus tard j'ai vu que ces hémorrhagies secondaires, sauf dans un seul cas où le tamponnement a dû être fait (ce malade a guéri), se sont arrêtées spontanément.

«Il n'en a pas été de même dans une de mes opérations faites par le bistouri sur une femme qui a succombé pendant mon absence, à une hémorrhagie secondaire.

«Donc, le seul cas de mort par hémorrhagie secondaire que j'aie observée, incombe au bistouri.

« Quant à la béance de la plaie qui existe dans tous les cas de maintien de la canule, elle est certainement plus considérable après les procédés thermiques. Je n'y attache pour mon compte aucune importance, ayant vu que la cicatrisation s'opérait néanmoins dans le même laps de temps, ou à peu près, que lorsque la plaie est faite au bistouri. Le galvano-cautère, comme le thermo-cautère, ont produit dans plus de la moitié de mes cas (6 fois sur 10) une tuméfaction assez considérable des tissus mous dès le lendemain de l'opération. Cette tuméfaction disparaît spontanément en trois ou quatre jours, et elle est suivie peu à peu de cet écartement des lèvres de la plaie, qui dure bon nombre de jours jusqu'au moment où les premiers indices de la cicatrisation se manifestent.

«J'ai actuellement en observation trois de mes malades opérés, un il y a 8 ans au bistouri, et deux il y a 6 et 8 mois au thermo-cautère, la canule étant restée en place sur les trois individus. Il est aisé de voir que la cicatrisation s'est faite identiquement de la même manière dans les trois cas, et il vous serait cer-

tainement impossible de distinguer à ce point de vue mes opérés les uns des autres.

«Il n'y a pas lieu de revenir ici sur les avantages des deux procédés opératoires que j'ai développés plus longuement ailleurs, mais ayant fait un nombre à peu près égal de trachéotomies sur l'adulte par les deux procédés, et ce nombre étant assez considérable pour permettre de formuler une appréciation justifiée, il me sera permis d'énoncer une préférence. Vous la connaissez et en savez les motifs; elle est pour le thermo-cautère toutes les fois qu'il s'agit de *malades adultes* atteints d'affections chroniques du larynx avec troubles respiratoires prolongés qui ont pour conséquence constante une vascularisation considérable des tissus mous du cou.»

KRISHABER.

Présentation de malade.

M. Paulet présente le petit malade dont il a entretenu la société il y a quinze jours et qui a été opéré de la trachéotomie par le thermo-cautère. La canule a été définitivement enlevée le douzième jour. Aujourd'hui la plaie est encore assez étendue, mais elle bourgeonne parfaitement et la guérison ne se fera certainement pas attendre. Le petit malade n'a pas encore recouvré les sons vocaux, ce qui tient à ce qu'il a une paralysie diphthéritique des cordes vocales et du voile du palais.

Discussion.

M. DESPRÈS. La lettre de M. Krishaber est une exposition de principes ; elle contient du reste des choses intéressantes, surtout au sujet des hémorrhagies consécutives qui sont liées pour moi à la lésion du corps thyroïde. Je reproche à cet exposé d'être trop bref au sujet des observations qui ne sont que mentionnées. L'auteur affirme que dans le cas d'affection chronique le larynx est ossifié et la plaie ne se referme pas. Pour les enfants on est souvent obligé de s'opposer à l'occlusion de la plaie ; il en est de même chez les adultes, et j'ai présent à la mémoire un malade de 39 ans, opéré deux fois, une fois par M. Duplay, 4 mois avant l'opération que je pratiquai moi-même; la plaie se referma les deux fois avec la plus grande rapidité.

Quant au malade de M. Verneuil, je suis d'avis qu'il respire comme un enfant qui a une gêne trachéale et non une paralysie diphthéritique; il me paraît avoir un rétrécissement de la trachée

commençant, que j'attribue à l'emploi du thermo-cautère, et je désirerais revoir cet enfant dans un an.

M. Verneuil. L'assertion de M. Desprès me surprend; la trachée a été ouverte par le fer et non par le feu, la perte de substance n'a intéressé que les parties molles et le prétendu cornage n'est qu'un reniflement, une espèce de bruit de drapeau; je me range donc à l'avis de M. Paulet que nous avons affaire à de la paralysie diphthéritique, avec d'autant plus de raison que notre collègue a observé le malade avec le plus grand soin et non superficiellement comme M. Desprès. Je n'accepte pas du reste les prétendus rétrécissements de la trachée, et sur la question que nous traitons ici j'ai cité deux opérés à l'aide du galvano-cautère que j'ai revus très-longtemps après absolument indemmes de toute complication. Le jour est en train de se faire et des négations, bien que très-catégoriques, ne suffisent pas.

L'avenir nous apprendra, je l'espère, que par le thermo-cautère en premier lieu on ne perd pas de sang; en second lieu que les guérisons sont plus nombreuses; enfin en troisième lieu que si la cicatrisation est plus longue c'est un résultat peu important. Un médecin des plus expérimentés a vu ce petit malade après son opération; il l'a déclaré perdu et a réprouvé l'emploi du thermo-cautère qu'il a traité d'abomination. Mais ne voit-on pas chez les enfants opérés par le bistouri des plaies d'un horrible aspect, un œdème considérable, de l'emphysème. S'il m'est démontré que le thermo-cautère donne de mauvais résultats je l'abandonnerai, mais je rappellerai que M. Krishaber, après ses trois premières opérations, était loin d'être satisfait; j'ai demandé un supplément d'instruction, et aujourd'hui le hasard fait que cet opérateur nous apporte 20 cas de trachéotomie chez l'adulte dont 10 ont été pratiqués à l'aide du thermo-cautère. Il n'hésite pas à préférer l'opération faite à l'aide du feu, et son opinion a plus de poids que celle de chirurgiens sans expérience au sujet du thermo-cautère qu'ils rejettent de parti pris.

M. Desprès. Avant d'écouter les leçons de M. Verneuil, j'ai écouté celles des chirurgiens de tous les temps qui ont travaillé aux progrès de la chirurgie. Je sais, qu'à côté de chirurgiens qui savaient faire la trachéotomie, il y en a eu d'autres, qui de tous temps ont redouté de faire cette opération à un enfant qui asphyxie, et qui tremblaient de porter le bistouri sur une trachée mobile sous leurs doigts. Autrefois comme aujourd'hui, on a cherché à rendre facile pour l'opérateur la trachéotomie. Faut-il rappeler le trocart de Sanctorius et de Dekkers qui servait à faire la trachéotomie en un seul temps; le trachéotome de Bauchot, c'est-à-dire

une canule engaînant une lancette, et destiné comme l'instrument de Sanctorius a faire la trachéotomie en un seul temps? Ajouterai-je que, comme M. Chassaignac, Bauchot avait imaginé de finir la trachée avec une sorte de fourche? Ces instruments ont été dédaignés par tous les chirurgiens qui ont laissé un nom. Il n'est pas jusqu'au fer rouge qui n'ait été déjà inventé; Collineau, en 1829, a imaginé un disque de cuivre muni d'une lame que l'on chauffait au rouge et qui servait à ouvrir la trachée. Velpeau, dans sa médecine opératoire, a déjà fait justice de cette manière de faire, réinventée depuis par Muron.

Je reste attaché à la trachéotomie avec le bistouri, telle que Dupuytren l'a faite, et telle que Trousseau l'a perfectionnée pour le traitement du croup. Cette opération a fait ses preuves, et les réinventions des anciens procédés déjà jugés me trouveront toujours pour adversaire.

Quant à l'enfant que vous nous présentez 21 jours après une trachéotomie avec le galvano-cautère, je dis qu'il a déjà du cornage et vous ne pourrez dire qu'il n'a pas de rétrécissement de la trachée que dans un an; ce n'est pas la trachée même qui sera rétrécie, c'est la cicatrice extérieure qui la brisera et qui se rétractera comme toutes les cicatrices de brûlure; et c'est la perte de substance que vous avez faite qui en sera la seule cause. Vous auriez ouvert la trachée avec le thermo-cautère, le rétrécissement de la trachée serait plus considérable, voilà tout, M. de Saint-Germain nous en a déjà cité un exemple.

Communications

par M. Tillaux.

Névralgie sous-orbitaire rebelle; résection du nerf sous-orbitaire à son entrée dans le canal de ce nom. Guérison.

Voici les détails de l'observation transmise par M. Notta :

L..., âgée de 31 ans, est d'une constitution lymphatique.

Il y a 11 ans, à l'âge de 20 ans, elle fut prise de douleurs de dents du côté gauche. La première grosse molaire de la mâchoire supérieure était gâtée.

La joue enfla; notre collègue M. Notta, constatant une tuméfaction du sinus maxillaire et la dent étant douloureuse, en pratiqua l'extraction. Néanmoins la tuméfaction du sinus maxillaire persista. Il se fit par le nez un écoulement purulent très-fétide pendant au moins 3 mois. Lorsque la malade se penchait en avant le pus s'écoulait par la narine gauche. Au bout de 3 mois survinrent des douleurs tres-vives dans le sinus. M. Notta fit alors au niveau de la première grosse molaire, avec un perforateur, une ouverture dans le sinus de 8 à 10 milli-

mètres de diamètre, appliqua une mèche dans cet orifice et pratiqua dans le sinus tous les jours des injections avec un mélange d'eau et de teinture d'iode d'abord, puis de teinture d'iode pure, et au bout de 6 semaines la malade était tout à fait guérie. Pendant 9 ans la santé fut bonne, sauf toutefois des névralgies qui se portaient tantôt dans la tête aussi bien à droite qu'à gauche, tantôt sur l'estomac, et qui alors l'empêchaient de prendre aucune nourriture. Pendant plusieurs semaines souvent le lait et en petite quantité était le seul aliment qui pût être supporté, puis l'estomac reprenait ses fonctions et la santé se rétablissait pour quelques mois jusqu'à ce qu'une nouvelle crise reparût, soit du côté de la tête soit du côté de l'estomac.

Vers le mois d'octobre 1873 la malade, après plusieurs mois d'accès de névralgie sous-orbitaire gauche, vit ces douleurs prendre un caractère permanent, l'écoulement nasal reparut et le sinus se tuméfia un peu. M. Notta pratiqua alors au-dessus de la seconde petite molaire, qui était très-saine et absolument indolente, une ouverture du sinus, dans laquelle fut introduit un drain laissé à demeure pendant plus de six semaines. On fit des injections avec de la teinture d'iode d'abord, puis avec de la liqueur de Villate étendue d'eau, le tout sans aucun résultat.

Le 1er janvier 1874, on arracha la seconde petite molaire et séance tenante, agrandissant l'alvéole avec un perforateur, M. Notta pénétra largement dans le sinus. Un drain fut appliqué et à partir de ce jour pendant un an, des injections à l'eau tiède furent faites tous les jours dans le sinus. Le liquide poussé par le drain revenait par la narine correspondante.

Pendant toute la durée de l'année, la malade avait des alternatives de calme et de malaise, tout à coup les douleurs se reproduisaient avec intensité, il y avait des frissons, un malaise général pendant 5 ou 6 jours, quelquefois davantage. Le liquide de l'injection cessait de revenir par la narine, puis un abcès s'ouvrait dans le sinus, du pus sortait en assez grande quantité par le drain, et la malade soulagée ne souffrait plus pendant 8, 15 jours, quelquefois 3 semaines. Puis un nouvel abcès se reformait déterminant les accidents que nous avons mentionnés.

En janvier 1875, sans cause appréciable, la douleur disparaît complétement, la malade se croit guérie ; toutefois comme il y a encore une très-légère suppuration, on laisse en place le drain, mais on cesse les injections.

Au mois d'août, les douleurs reparaissent avec plus d'intensité que jamais et elles revêtent un caractère rémittent avec redoublement tous les soirs. On administre pendant un mois de l'iodure de potassium à la dose de 1 et 2 grammes, et l'on pratique des injections sous-cutanées avec de la morphine. Au commencement de novembre, d'après mon avis et celui de M. Magitot, M. Notta cautérise l'intérieur du sinus avec une petite éponge imprégnée d'une solution de nitrate d'argent concentré. Puis il essaie des cautérisations avec le nitrate d'argent fondu qu'il porte sur toute la surface interne du sinus à l'aide du porte-

caustique utérin de M. Siredey. Il pratiqua aussi des cautérisations avec l'acide chromique pur, et après divers tâtonnements, arriva à constater que la cautérisation avec le nitrate d'argent fondu est la moins douloureuse et donne les meilleurs résultats ; à partir du mois de janvier 1876, pendant 6 mois, les cautérisations avec le nitrate d'argent sont pratiquées tous les 2 ou 3 jours régulièrement ; en même temps, on fait des injections sous-cutanées de morphine tous les soirs et quelquefois dans le jour lorsque les douleurs sont trop vives.

Les cautérisations parurent un moment procurer du soulagement, mais bientôt on reconnut leur impuissance, et vers le mois de juillet nous les cessâmes.

En septembre, je revis la malade à Lisieux et il fut alors décidé que l'on appliquerait le fer rouge. M. Notta fit fabriquer de petits cautères de 1 centimètre de long et de 6 millimètres de diamètre. Ils étaient soudés à un fil de fer assez rigide. La veille on remplaçait le drain par une bougie de fucus laminaria.

Le lendemain, l'orifice était dilaté et après avoir préalablement chloroformé la malade, on éteignait 3 ou 4 cautères rougis à blanc dans le fond du sinus, deux de ces cautérisations furent pratiquées à la fin de septembre à 8 jours d'intervalle, il y en eut une à la fin d'octobre et une en novembre. Lorsqu'on plongeait les cautères dans le sinus, il sortait par la fistule des matières purulentes et du sang. Après chaque cautérisation la malade éprouvait du soulagement pendant quelques jours. Après la dernière cautérisation il n'y eut aucune amélioration.

Le 6 janvier 1877, M. Notta se décida à essayer la liqueur de Villate, pendant 3 mois tous les jours une mèche de coton dont l'extrémité était imprégnée de liqueur de Villate fut introduite au fond du sinus.

La douleur était très-vive au premier moment, puis elle se calmait au bout de quelque temps, pour rester continue avec exacerbation.

Au commencement d'avril aucune amélioration n'étant obtenue, on cessa tout traitement, se bornant à calmer la malade avec de la morphine, et on ne pouvait y parvenir qu'à l'aide de 2 et 3 piqûres en 24 heures, ce qui représente 10 à 12 centigrammes de morphine par jour.

Le sinus n'est pas agrandi, mais il est à l'intérieur d'une sensibilité excessive.

Il donne toujours lieu à un écoulement purulent qui parfois a un goût et une odeur insupportables. Tant que l'on employait la liqueur de Villate la suppuration n'avait aucune odeur désagréable. La douleur est continue avec des exacerbations atroces.

Au moment des paroxysmes qui du reste se produisent lorsque la malade n'est plus sous l'influence de la morphine, l'œil s'injecte, des larmes abondantes tombent sur la joue, la figure se décompose, les traits sont altérés, la malade est dans l'impossibilité de prendre aucune nourriture. On pratique sur la joue une injection de 3 à 4 centigrammes de morphine ; 10 minutes après la douleur a disparu,

les traits sont naturels, l'œil n'est plus rouge et les larmes cessent de couler. C'est une véritable transformation.

Depuis 2 mois, il n'y a plus de communication entre la narine et le sinus.

Tels sont les renseignements qui m'ont été adressés par M. Notta.

La malade était résignée à subir tout ce qu'on lui proposerait pour obtenir la guérison ou du soulagement.

Il fut décidé qu'elle viendrait à Paris, et elle entra dans mon service à Lariboisière, le 5 mai dernier.

Avions-nous affaire à une névralgie idiopathique ou symptomatique ?

Les antécédents permettaient de penser à une névralgie symptomatique.

Quoi qu'il en soit, le seul traitement rationnel et efficace consistait désormais dans la résection du nerf maxillaire supérieur.

Où fallait-il couper le nerf ? à sa sortie du canal sous-orbitaire? Il y avait en effet un point sous-orbitaire très-prononcé et c'était même toujours le point de départ de la crise, mais il y avait aussi un point molaire, et de plus la douleur se répandait tout le long des nerfs dentaires antérieurs qui naissent dans l'intérieur du canal sous-orbitaire. On n'eût donc obtenu aucun résultat et de plus on sait que les sections simples des nerfs ne donnent ordinairement qu'un résultat temporaire.

On a sectionné le nerf maxillaire en deux points : à son entrée dans le canal sous-orbitaire ou bien à sa sortie du trou grand rond au niveau du ganglion sphéno-palatin ou de Meckel.

Cette seconde opération est très-hasardeuse.

Mais les nerfs dentaires postérieurs n'étaient pas atteints, non plus les nerfs palatins.

Je me décidai donc à faire la résection du nerf sous-orbitaire dans l'orbite aussi loin que possible en arrière :

1er *temps.*— Mettre à nu le nerf sous-orbitaire à sa sortie du canal et y passer un fil.

2e *temps.* — Découvrir le canal sous-orbitaire en relevant le globe de l'œil.

3e *temps.* — Mettre à nu le nerf sous-orbitaire et l'isoler.

4e *temps.* — Section du nerf et arrachement.

Je défonçai alors la paroi antérieure du sinus largement et nous trouvâmes adhérents à sa paroi supérieure quelques concrétions qui me paraissent osseuses.

Résultats de l'opération. — Aussitôt après l'opération, les douleurs devinrent moins intenses pour disparaître tout à fait le

deuxième jour ; opérée le 7 mai, la malade quitte mon service le 18 mai, absolument guérie. J'ai eu depuis de ses nouvelles par M. Notta, la guérison s'est parfaitement maintenue jusqu'à présent.

L'examen histologique n'a montré dans le nerf aucune altération de structure.

Discussion.

M. Duplay. Je trouve l'observation très-intéressante, et l'opération très-bien conçue et exécutée. Je me demande seulement s'il n'eût pas été possible d'éviter la section nerveuse en défonçant par la bouche la paroi antérieure du sinus, et en guérissant l'affection de ce sinus en enlevant les ostéophytes ou en curant la face interne de la cavité maxillaire.

M. Paulet. Si mes souvenirs me servent bien, l'opération pratiquée par M. Tillaux ne serait pas nouvelle. Malgaigne et Sédillot auraient décrit chacun un procédé ; Malgaigne faisait une incision un peu à l'aveugle sur la paroi inférieure de l'orbite; le procédé de Sédillot est analogue à celui de M. Tillaux, sauf qu'il se bornait à l'incision transversale.

M. Magitot. Je tiens à corroborer l'opinion que vient d'émettre M. Duplay, c'est-à-dire que, dans ma pensée, comme dans la sienne, M. Tillaux, aurait pu, avant de faire sa brillante opération de résection du nerf, pratiquer dans la bouche une large ouverture du sinus. Par cette voie l'exploration complète de la cavité devenait possible ; des applications diverses, le curage complet et l'ablation des corps étrangers pouvaient s'effectuer. Je pense aussi que la cessation de la névralgie entraînait la guérison du sinus. L'état du nerf sous-orbitaire reconnu histologiquement sain est un argument en faveur de cette interprétation. C'est d'ailleurs là l'opinion que j'ai exprimée à M. Notta, qui m'a fait l'honneur de me consulter au sujet de cette malade.

Maintenant, puisque j'ai l'avantage de prendre la parole au sujet de ce fait, je désire attirer l'attention sur la pathogénie de ces inflammations du sinus maxillaire. Cette pathogénie est une : c'est toujours une *périostite* du sommet de l'une des dents en rapport anatomique avec le plancher du sinus. Si la périostite vient à s'abcéder, le foyer peut s'ouvrir dans le sinus et celui-ci devient le siége d'une inflammation catarrhale qui est, comme on sait, si persistante et si rebelle.

Quoi qu'il en soit, les complications névralgiques du cas de

M. Tillaux, sont loin d'être la règle et le plus ordinairement le drainage, mais le drainage prolongé, parfois même permanent, donne des guérisons.

M. Lucas-Championnière. Il sera très-important de suivre la malade ; rien en effet n'est plus commun que de voir la douleur disparaître pendant un certain temps, puis revenir avec son intensité premiere. Je félicite M. Tillaux d'avoir enlevé une grande longeur de nerf, il s'est prémuni autant que possible contre le retour de l'affection.

M. Tillaux. Je répondrai à M. Paulet, que si je ne réclame aucune priorité, je revendique unecertainesuccession dans les temps. Je reconnais les travaux publiés à ce sujet, j'ai lu Letievent, Malgaigne, Sédillot ; je sais de plus que les sections nerveuses ne réussissent qu'à condition de faire une résection très-longue. J'avais, en effet, il y a quelques années, coupé les récurrents d'une quinzaine de chiens destinés aux vivisections de Clamart et dont les aboiements troublaient le voisinage ; le silence régna pendant un mois ; au bout de ce temps, les plus jeunes de ces chiens purent aboyer de nouveau, les nerfs récurrents s'étaient régénérés. MM. Duplay et Magitot m'ont dit que j'aurais pu me dispenser de faire cette opération en agissant sur le sinus. Mais j'ai dit que M. Notta avait trépané le sinus, l'avait cautérisé au fer rouge, y avait mis un gros tube à drainage.

Je répondrai à M. Paulet, qui ne voit pas la nécessité d'adjoindre une incision verticale à l'incision horizontale de Sédillot, qu'il est bien plus facile d'opérer avec la double incision sur le vivant et que M. Letievent, qui n'accepte pas la section verticale, n'a jamais opéré sur le vivant.

M. Duplay. Je veux seulement faire remarquer que si largement que le sinus ait été ouvert par M. Notta, il ne l'a pas été assez pour enlever les productions osseuses qui sont peut-être des séquestres. Avant de faire la section nerveuse, j'aurais incisé le repli gingivo-buccal et ouvert largement le sinus.

M. Rochard. M. Tillaux s'est trouvé en face d'une maladie horriblement douloureuse et rebelle. Pour la guérir, on avait térébré le sinus, arraché des dents, il fallait avoir recours à une mesure radicale et ne pas y revenir. Le plan de notre collègue a été bien conçu, bien exécuté ; que font quelques centimètres d'incision de plus, lorsqu'un résultat comme celui de l'extirpation d'un cordon nerveux de 6 centimètres a été atteint. L'opération très-méthodique a été suivie de succès ; je ne vois de place que pour l'éloge et un éloge sans restriction.

M. Forget. Je m'associe complétement à l'opinion de M. Rochard, a qui je manifestais, il n'y a qu'un instant, ma surprise des contradictions soulevées par la communication de M. Tillaux. Il me semble qu'en présence d'une opération si bien combinée, conduite avec un art irréprochable dans ses divers temps et suivie d'un succès aussi immédiat et des plus complets, il n'y a que des éloges à donner au chirurgien. Il est fâcheux de rechercher le côté faible, dans une telle observation qui, à mon sens, s'est produite à la tribune avec tous les caractères de perfection et de maturité qui en font un type a conserver et a imiter dans un cas morbide semblable.

Au double point de vue étiologique et opératoire elle est en effet irréprochable.

On trouve que l'incision des parties molles a été trop étendue ; mais c'est précisément l'exécution du précepte qui prescrit de se donner du jour et de l'espace, qui a rendu plus facile, plus complète l'opération et a permis de ménager l'artère sous-orbitaire.

On eut désiré qu'avant de faire la résection du nerf on perforât le plancher du sinus maxillaire déjà antérieurement ouvert, dans la pensée que les deux petits ostéophytes qui y furent constatés pouvaient jouer un rôle dans la persistance de la névralgie qui existait depuis une douzaine d'années. Nous avons tous vu des produits néoplasiques bien autrement volumineux à l'intérieur du sinus, et je ne sache pas qu'ils aient été la cause d'une névralgie en rien comparable à celle que M. Tillaux a vue cesser immédiatement après la résection du nerf qui en était bien le siége.

Donc, aux félicitations que, de concert avec M. Rochard, j'adresse à notre collègue, je me permets d'ajouter qu'il est désirable que la malade ne soit pas perdue de vue, car après de semblables résections, on a observé des retours tardifs de la douleur.

Présentation de pièces.

Imperforation du rectum. — Recherches de l'ampoule rectale. — Etablissement d'un anus artificiel par la méthode de Littré,

par M. Polaillon.

Persuadé que la relation des revers est au moins aussi instructive que celle des succès, je viens faire connaître une opération d'imperforation congénitale du rectum, pendant laquelle il m'a été impossible de saisir l'ampoule rectale et de l'ouvrir.

Deux faits d'imperforation du rectum, se sont offerts à mon observation presque coup sur coup. L'un s'est terminé par la guérison à la suite d'une opération simple. L'autre, en apparence

semblable au précédent, a nécessité l'opération de Littré après des tentatives infructueuses pour ouvrir l'intestin par les voies naturelles. Le premier de ces faits a été publié dans l'*Union médicale* (n° 65, p. 904) ; le second est celui que je présente aujourd'hui.

Je rappellerai brièvement que dans le premier cas, l'anus bien formé était surmonté d'un cul-de-sac d'une profondeur de 2 centimètres. Bien qu'on ne sentît pas dans le fond du cul-de-sac cette résistance élastique particulière qui indique que l'ampoule rectale est proche, j'enfonçai dans la direction du rectum le plus fin trocart de l'aspirateur. Il se produisit un petit bruit analogue à un coup d'aiguille donné sur une membrane tendue, et la seringue aspiratrice ayant a été daptée à la canule, une petite goutte de méconium sortit avec des gaz. Il était évident que l'ampoule rectale n'était séparée du cul-de-sac anal que par une mince membrane. Une ponction avec un bistouri pointu, l'introduction de la sonde cannelée dans le rectum est une large incision de la membrane séparative en arrière avec le bistouri boutonné, constituèrent toute l'opération. Il ne s'écoula que quelques gouttes de sang. Dans les jours suivants les matières fécales eurent un libre cours, et l'enfant se portait bien un mois après. Cette opération fut exécutée le 15 mars, 26 heures après la naissance de l'enfant. La seconde opération, pratiquée le 22 avril 1877, fut loin d'être aussi heureuse.

Il s'agissait d'un enfant mâle du poids de 3,200 grammes, né spontanément le 20 avril à 3 heures du matin. Dans les heures qui suivirent la naissance il urina, mais ne rendit pas de méconium. Au bout de 24 heures, le ventre commença à se ballonner. Dans la journée du 21 des vomissements survinrent. Le 22 au matin les vomissements étaient jaunâtres.

L'anus était bien conformé et donnait accès dans un cul-de-sac profond de 1 centimètre 1/2. Mais pas plus que dans le premier cas, on ne sentait au fond de ce cul-de-sac une résistance élastique indiquant l'ampoule rectale. Les urines étaient claires et sans mélange de méconium, en pressant sur l'abdomen on ne faisait pas sortir de gaz par l'urèthre, signes négatifs qui me permirent de penser qu'il n'y avait pas communication entre le rectum et les parties urinaires. L'enfant avait avalé des liquides dans régurgitation et sans suffocation ; par conséquent l'œsophage n'était pas imperforé, malformation qui accompagne quelquefois l'atrésie de la partie inférieure du tube digestif, qui est absolument incompatible avec la vie et qui contre-indique toute intervention chirurgicale contre l'imperforation du rectum. Au contraire, le petit malade semblait être dans les meilleures conditions pour vivre, une fois

que le cours des matières fécales aurait été rétabli par une opération.

La présence d'un anus bien conformé avec un cul-de-sac indiquait d'opérer d'abord par le périnée. Mais pour mener à bien cette opération, il faut savoir deux choses : 1° s'il existe une ampoule rectale; 2° si cette ampoule n'est pas trop profondément située, au-dessus de l'excavation du bassin, dans un lieu inaccessible.

Lorsque la sensation d'une poche élastique et rénittente, qui se gonfle pendant les cris de l'enfant, fait défaut, l'opirateur ne peut s'éclairer sur l'existence ou la non existence de l'ampoule rectale que par la ponction exploratrice. Or le premier fait que j'ai cité montre que cette sensation peut manquer, bien que l'ampoule existe, et même bien qu'elle soit située très-près du cul-de-sac anal. Il faut donc recourir à la ponction exploratrice pour résoudre le premier élément du problème, à savoir s'il y a ampoule rectale. Remarquez, Messieurs, que je dis *ponction exploratrice*, c'est-à-dire ponction avec un très-fin trocart, dont la piqûre est réputée être à peu près inoffensive, quand même elle s'égarerait dans les tissus; car je repousse la ponction avec un gros trocart comme *méthode opératoire*.

Le 22 avril, à 11 heures du matin, 56 heures après la naissance, je commence l'opération.

Après avoir vidé la vessie de l'enfant et avoir fait écarter les membres inférieurs, le tronc étant dans le décubitus latéral, j'introduis le doigt indicateur de la main gauche dans le cul-de-sac anal, et je glisse contre lui un fin trocart explorateur que je fais pénétrer dans la direction présumée du rectum à une profondeur de 3 ou 4 centimètres. Je retire alors le poinçon du trocart, et les mouvements faciles de la canule, la possibilité de l'enfoncer plus profondément sans effort, me font reconnaître que l'extrémité de cet instrument a pénétré dans une cavité. Des gaz ne sont pas sortis par la canule, mais en la retirant, je constate que sa cavité est oblitéré par du méconium épais. La première partie du problème est résolue : l'empoule rectale existe.

Mais à quelle hauteur est-elle située ? Telle est la seconde partie du problème qu'il s'agit de résoudre. En piquant avec le trocart dans le fond du cul-de-sac anal, on n'a pas entendu le bruit caractéristique d'une membrane tendue qu'on perfore. Il a fallu pousser le trocart assez profondément pour que son extrémité pût se mouvoir librement. J'en conclus qu'une couche de tissu, probablement épaisse, sépare le cul-de-sac anal de l'ampoule rectale. Je continue mon exploration de la manière suivante : j'incise le fond du

cul-de-sac anal avec un bistouri dont la lame est recouverte avec une bandelette de sparadrap, et introduisant l'index à travers cette incision, je guide sur lui une sonde cannelée pour décoller les tissus en haut et en arrière. Des recherches minutieuses ne me permettent pas de découvrir l'ampoule rectale. J'incise alors sur la ligne médiane tous les tissus qui sont situés entre l'anus et la base du coccyx qui est réséqué. Un écoulement sanguin assez abondant suit cette dernière incision. De nouvelles recherches sont infructueuses. J'emploie de nouveau le trocart explorateur qui avait rencontré d'emblée l'empoule rectale, mais cette ampoule reste introuvable. Après une heure d'exploration, n'ayant pu réussir non plus que M. Parack, interne du service qui m'aidait dans l'opération, à sentir ni à voir dans le fond de la plaie baignée par le sang la terminaison du rectum, j'abandonne à regret la voie périnéale et je me décide à pratiquer un anus artificiel par la méthode de Littré.

Un fil d'argent réunit les lèvres de la plaie ano-coccygienne et fait cesser l'hémorrhagie en nappe.

L'incision abdominale est faite à gauche, couches par couches, à un travers de doigt au-dessous du pli de l'aine. Le péritoine est ouvert dans l'étendue d'un centimètre. Les intestins grêles se présentent et font brusquement irruption pendant les cris de l'enfant. Cet accident aggrave singulièrement l'opération et ses suites. — En effet, les intestins distendus par les gaz, s'étranglèrent au niveau de l'incision abdominale. Il fallut pour les réduire, non-seulement agrandir un peu cette incision, mais encore donner issue auy gaz. Pour cela une anse de l'intestin grêle fut saisie par deux pinces à verrou et incisée entre ces deux pinces. Les gaz intestinaux s'échappèrent. On put alors réduire l'intestin et fixer à la paroi abdominale les lèvres de l'incision intestinale. L'anus artificiel fut donc pratiqué sur l'intestin grêle, faute de n'avoir pu saisir l'*S* iliaque, avant la hernie de l'intestin grêle.

Pendant la journée du 22, l'enfant teta peu et ne rendit presque pas de méconium.

Le 23, le ventre était ballonné et douloureux. Cependant, l'enfant se mit à teter avec plaisir et rendit une grande quantité de méconium.

Le 24, les fonctions digestives se faisaient à peu près bien. Mais la peau était chaude, le ventre ballonné, douloureux; la teinte de la peau ictérique. La péritonite devenait de plus en plus grave.

Le 25, la mort survint.

En faisant l'autopsie, mon attention s'est portée sur deux points: 1° l'impossibilité de saisir l'ampoule rectale ; 2° la cause de la péritonite.

L'impossibilité de saisir l'ampoule rectale s'explique en partie par sa hauteur dans l'excavation pelvienne. En effet, l'ampoule rectale est située à 2 centimètres au moins du fond du cul-de-sac anal qui a lui-même 1 centimètre 1/2. Mais à cette profondeur l'ampoule rectale n'est pas inaccessible, car l'examen des pièces montre que j'ai atteint la terminaison du rectum et que j'ai décollé les tissus en arrière bien plus haut que cette terminaison. La sensation de poche élastique que donne l'ampoule rectale est un signe bien infidèle, puisque mon doigt est resté appliqué contre cette ampoule pendant une grande partie de l'opération sans pouvoir la reconnaître.

Ce n'est pas la première fois, du reste, que dans des opérations de ce genre, ce signe m'a fait défaut. Le meilleur guide pour arriver à saisir le rectum, c'est de le voir. Or, pour le voir, il faut se donner du jour non-seulement en réséquant le coccyx, mais encore la partie inférieure du sacrum. Et si mes recherches ont échoué c'est, à mon avis, parce que je n'ai pas prolongé assez en arrière mon incision ano-coccygienne.

Quant à la cause de la péritonite, la hernie de l'intestin grêle, les manœuvres nécessitées pour sa réduction l'expliquent de reste. Cependant, j'avais à examiner si mes ponctions n'avaient pas blessé le péritoine au niveau de sa réflexion sur la terminaison du rectum. Quelques fausses membranes siégeaient en ce point, mais il n'y avait pas de lésions apparentes du péritoine. Pour m'assurer si le gros intestin n'avait pas été perforé, je l'ai insufflé, et en faisant un effort pour le gonfler, l'air s'est échappé par une petite ouverture située en bas et en avant, dans un coin recouvert par le péritoine. Cette ouverture est si petite qu'elle n'a certainement pas laissé échapper la moindre parcelle de méconium au moment de sa formation et elle a dû être bientôt oblitérée par une fausse membrane. Les explorations par la voie périnéale ont certainement apporté leur appoint dans le développement de la péritonite ; mais on peut admettre, d'après l'examen des pièces, qu'elles n'ont joué qu'un rôle secondaire.

L'anus artificiel a été pratiqué sur l'intestin grêle à une distance de 8 à 9 centimètres du cœcum.

Discussion.

M. Marjolin. Je ferai remarquer à notre collègue qu'il a négligé de suivre la pratique de Guersaut, qui était d'introduire, dans ce cas, une sonde dans la vessie, les recherches étaient guidées par le cathéter. J'ajouterai que j'aurais introduit sur le trocart à l'aide

duquel il avait ponctionné, une sonde cannelée puisque la première ponction avait donné issue à des matières fécales.

M. Depaul. J'ai entendu cette communication avec intérêt. Je me suis trouvé souvent en face de ces difficultés, et ces cas me sont familiers. Je constaterai d'abord combien cette amputation du coccyx, contre laquelle je me suis élevé, a peu facilité la recherche de l'ampoule rectale qu'on aurait dû rencontrer, à ce qu'il me semble, assez facilement. L'expérience a appris que dans des cas analogues il y a un infundibulum de 1 centimètre et un rétrécissement de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2. J'insisterai sur le peu de compte qu'on a tenu de l'examen du ventre, du palper, de la percussion. Ce palper abdominal est tellement important qu'il y a une autre variété d'oblitération intestinale, affectant la valvule déo-cocciale que l'on diagnostique par ce seul signe; le diagnostic a une grande importance, car il faut en venir de suite, si ce signe manque, à l'opération de Littré. Je demanderai à M. Polaillon quelques renseignements : quelle est la portion de l'intestin qu'il a ouverte? était-elle voisine de l'estomac? l'intestin était-il régulier dans toute son étendue?

Je me résume en disant que cette observation démontre l'inutilité de la résection du coccyx en deuxième lieu, l'importance de l'examen de l'abdomen qui permet de reconnaître si l'ampoule rectale est accessible par le périnée. Toutes les fois, en effet, que le palper m'avait démontré la présence de l'intestin dans le petit bassin, je l'ai cherché et trouvé sur ce seul indice. Je demanderai enfin à M. Polaillon s'il a vu du méconium couler par la plaie.

M. Forget. La pièce d'anatomie pathologique mise sous nos yeux par M. Polaillon, considérée attentivement et rapprochée de plusieurs pièces semblables, et entre autres, d'une dont j'ai donné la description dans nos bulletins (1863), tend à prouver qu'il existe un rapport anatomique constant et direct entre le pseudo-anus et le cordon, fibreux qui sépare l'ampoule intestinale de celui-ci : ce cordon dont le volume et la longueur varient, est un rudiment du rectum qui a subi un arrêt partiel ou total de développement. Il est placé dans l'axe même du pseudo-anus auquel on peut dire qu'il est uni axuel, si bien que pour atteindre l'ampoule rectale à laquelle ses fibres convergent, il faut avec le trois-quarts explorateur en suivre exactement la direction. En rapprochant les parties divisées par l'autopsie chez le petit sujet de M. Polaillon, on rétablit en toute évidence ce rapport anatomique sur lequel j'insiste, et qui correspond au centre même de l'excavation pelvienne.

L'incision du périnée et la résection du coccyx n'ont pas permis

à M. Polaillon d'atteindre l'ampoule rectale, l'examen de la pièce prouve qu'elles ont plutôt servi à l'égarer dans ses recherches. On voit en effet que le doigt de l'opérateur agissant vers le sacrum, a décollé les parties molles en arrière de l'ampoule rectale à la hauteur de plusieurs centimètres; repoussant par cette monœuvre l'intestin en avant et avec lui le cul-de-sac péritonéal. Il m'a semblé que cette sorte de fausse route pouvait être une conséquence de la résection du coccyx, qui change les rapports naturels des tissus de la région anale, et qu'il y avait ainsi dans cette pièce anatomique un enseignement dont il faut tenir compte dans les cas analogues.

M. Polaillon. Toutes les omissions qu'on me reproche sont consignées dans l'observation. J'ai mis une sonde dans l'urèthre comme l'a demandé M. Marjolin. J'ai spécifié, suivant le désir de M. Depaul, le siége de l'anus contre nature qui avait été pratiqué à 8 ou 9 centimètres du cœcum. J'ai comprimé le ventre pour faire saillir l'ampoule rectale. Si je n'ai introduit qu'un petit trocart, c'est que je craignais d'intéresser le péritoine et d'avoir une infiltration de matières fécales.

Quant à la voie que j'ai suivie en réséquant le coccyx, je ne la crois pas défectueuse; seule elle eût pu me conduire à voir l'ampoule rectale et à l'amener du périnée.

Je termise en disant que je crois que c'est bien du méconium qui s'est écoulé par la plaie; il n'a paru que le deuxième jour après l'opération et c'est sous l'influence de mouvements péristaltiques de l'intestin qu'il a pris son cours, suivant toute apparence.

M. Depaul. Je persiste à croire que M. Polaillon, a eu affaire, non pas à du méconium mais à des matières excrémentitielles, il faudrait admettre en effet qu'il s'est fait un reflux de méconium à travers la valvule déo-cœcale et cela me paraît difficile à comprendre.

Je n'admets pas non plus qu'il faille disséquer l'ampoule comme cela a été fait; je ne fais qu'une incision de 3 centimètres au maximum et je pénètre dans l'intestin dont j'ai reconnu la présence par la pression. Quant au danger que fait courir le contact des matières fécales, il est illusoire, car les enfants succombent en général à la péritonite. M. Polaillon, après avoir pénétré dans l'intestin à l'aide d'un fin trocart, eût dû substituer un trocart plus volumineux; il s'est rebuté trop vite.

Il y a quelque temps, je fus appelé près d'un enfant atteint d'inperforation; le palper abdominal me fit reconnaître une ampoule rectale; je fis la ponction avec le bistouri sans hésitation et

je donnai issue aux matières. L'enfant est mort 27 ou 28 jours après, d'une complication.

M. Polaillon. Je n'affirme pas, en face des dénégations de M. Depaul, que le liquide fût du méconium, mais il en avait toute l'apparence. Mon opération a duré une heure et ne s'est pas égarée, puisque j'ai perforé l'ampoule rectale à la partie antérieure.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire,
Cruveilhier.

Séance du 20 juin 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

M. le Dr José Pereira Guimaraes, de Rio-Janeiro, adresse à la Société : 1° Un travail manuscrit relatif à *trois observations d'anévrysme* (commissaires : MM. Desprès, Sée, Delens) ; 2° une thèse d'agrégation *sur les opérations nécessitées par les rétentions d'urine ;* 3° une brochure intitulée : *De l'ainhum.*

M. Duplay présente, de la part de M. Dr Cauvy, d'Agde, un travail manuscrit intitulé : *Dystocie.* (Commissaire : M. Guéniot.)

M. Paulet présente, de la part de M. Roux de Brignolles fils, un mémoire ayant pour titre : *Des kystes séreux du cou au point de vue opératoire.* (Commissaires : MM. de Saint-Germain, Tillaux et Gillette.)

A l'occasion du procès-verbal.

Discussion sur la névrotomie du nerf sous-orbitaire.

M. Paulet. Je n'avais fait que citer de mémoire les travaux relatifs à la névrotomie du nerf sous-orbitaire ; la thèse à laquelle j'ai fait allusion a été soutenue à Strasbourg, le 10 mars 1863, par M. Auguste Mire ; on y trouve consignées deux opérations : l'une de M. Sédillot, faite en 1858, l'autre de M. Bœckel, en 1862. Ces

opérations diffèrent de celles qu'a pratiquées M. Tillaux sous deux rapports : 1° l'incision est horizontale curviligne ; 2° il n'est pas nécessaire de faire usage d'un ciseau et d'un maillet, par la raison qu'on va saisir le nerf avant son entrée dans le canal sous-orbitaire.

L'opération n'est, du reste, pas décrite dans la médecine opératoire de M. Sédillot, et je reconnais à M. Tillaux le mérite d'avoir inventé cette opération de toutes pièces.

M. Tillaux. Je n'ai pas réclamé la priorité de la névrotomie du nerf maxillaire supérieur ; je sais qu'il y a à peu près quinze opérations semblables. J'ai voulu seulement bien fixer l'attention sur la succession des temps et je suis d'avis qu'il faut commencer par lier le nerf à sa sortie, afin qu'aucun filet, en particulier le rameau temporal et molaire, ne soit négligé.

Quant à l'emploi du ciseau et du maillet, je m'en suis servi, mais je comprends très-bien qu'un simple bistouri suffise à détruire la lamelle osseuse qui recouvre le nerf.

Communications.

Hémorrhagies secondaires consécutives à une plaie contuse du coude droit. — Ligature de l'humérale, nouvelles hémorrhagies. — Ligature de la radiale dans la plaie. — Guérison.

Par M. Félix Guyon.

La Société de chirurgie a l'habitude d'écouter avec attention toutes les communications relatives aux plaies d'artères ; le fait que j'apporte porte avec lui son enseignement.

Il s'agit d'un homme de 54 ans, entré à Necker le 14 avril, qui présentait au pli du coude une plaie contuse de la largeur de la paume de la main, produite par une large feuille de tôle tombée de champ et paraissant avoir intéressé l'humérale, la radiale et la cubitale. L'application de la bande d'Esmarch permet de faire immédiatement la ligature de l'humérale et de la cubitale. Tout alla bien jusqu'au 1er mai, mais deux hémorrhagies s'étant produites, M. Delens fit au milieu du bras la ligature de l'humérale. Au bout de 12 jours, il se fit par la plaie primitive une hémorrhagie abondante. La situation était difficile. Fallait-il lier l'axillaire ? mais on avait lieu de douter que cette ligature arrêtât le sang, les exemples analogues ne manquent pas.

Fallait-il faire dans la plaie la recherche du bout inférieur ? c'est cette pratique que j'adoptai. J'appliquai la bande d'Esmarch et je commençai mes recherches. La plaie était défigurée, si l'on peut

s'exprimer ainsi, en raison de l'étendue du traumatisme et de la présence des bourgeons charnus. Je raclai ces bourgeons avec une spatule, je sculptai ces parties agglutinées par la lymphe plastique et je finis par reconnaître le bout inférieur de l'artère cubitale sur lequel je posai une ligature.

L'hémostase a été définitive ; je noterai seulement que la ligature est tombée 19 jours après qu'elle a été placée.

Les deux points que je veux faire ressortir sont : 1° l'hémostase par ligature dans la plaie ; 2° que la plaie datait de un mois. Ce fait est une confirmation de l'opinion émise par Nélaton que l'état des plaies n'est pas une contre-indication à la ligature directe.

Un point secondaire sur lequel j'attirerai l'attention est l'hésitation où j'étais, s'il fallait ou non faire l'emploi de catgut; sur les trois premières ligatures, en effet, faites avec le catgut, il y a eu deux hémorrhagies secondaires ; aussi me suis-je décidé, au dernier moment, à appliquer un fil ordinaire.

M. Delens. J'ai eu occasion de faire, le lendemain du jour où j'ai lié l'humérale à Necker, une ligature de la fémorale dans des conditions que je demande à rapporter. Je faisais l'ablation d'un sarcome de la cuisse et, en attirant la tumeur, je vis que l'artère athéromateuse s'était rompue. Je fis une résection de l'artère de 3 ou 4 centimètres et je liai avec un fil ordinaire ; les deux ligatures sont tombées au 13e et au 15e jour. Il y a eu quelques fusées purulentes dans la gaîne des vaisseaux ; la cicatrisation a été normale.

M. Nicaise. J'ai fait, l'année dernière, une ligature d'artère dans une plaie datant de 21 jours. Il s'agissait d'un homme de 20 ans, qui avait une plaie au niveau de la tabatière anatomique et avait eu 5 ou 6 hémorrhagies que la compression de la radiale, de la cubitale et de l'humérale n'arrêtait pas. J'ai appliqué la bande d'Esmarch et enlevé avec une spatule les bourgeons charnus. J'ai trouvé une section incomplète de la radiale au niveau de l'abouchement d'une artère carpienne ; j'ai fait 3 ligatures et le malade a bien guéri.

M. Lucas-Championnière. J'ai fait une ligature de l'arcade palmaire au 26e ou 27e jour ; il se développa un phlegmon, des fusées purulentes : on put cependant faire la ligature grâce à la bande d'Esmarch.

Pour ce qui a trait aux ligatures de catgut, je n'ai jamais vu d'hémorrhagies secondaires, même lorsqu'il s'agissait d'artères volumineuses.

M. A. Forget. Je suis très-frappé des résultats donnés par cette

ligature d'artères faites au milieu d'un foyer de suppuration datant d'un mois, c'est-à-dire à un moment où nos anciens maîtres regardaient les vaisseaux comme devenus fragiles. Je préfère la pratique de M. Guyon à celle de Roux, qui fut réduit après plusieurs ligatures médiates à amputer le membre pour arrêter les hémorrhagies. J'ai vu Michon, en 1852, sauver un sculpteur célèbre en suivant cette même pratique. Il s'agissait d'une plaie de la main qu'on avait essayé d'arrêter par le tourniquet. Michon débarrassa la plaie des bourgeons charnus et arriva sur l'artère blessée dont il lia les deux bouts.

M. Desprès. Si l'on veut parler d'historique, je dirai que les résultats de la pratique de Nélaton ont été consignés dans la thèse de Courtin (1848. — Thèses de Paris).

M. Panas. J'ai vu Nélaton en 1857 faire la ligature de la radiale dans la tabatière anatomique ; l'hémorrhagie s'est arrêtée.

M. Houel. J'ai opéré en 1860 un boucher qui à la suite d'un coup de feu dans la main, eût 14 hémorrhagies. Quand je l'opérai il était dans un état de syncope presque continuel. Nélaton, dans le service duquel était ce malade, me recommanda expressément de lier l'artère dans la plaie. Je mis une heure un quart à faire la ligature, l'hémostase fut parfaite. La ligature dans la plaie était la pratique absolue de Nélaton.

M. Guyon. J'ai apporté ce fait à l'appui du précepte formulé par Nélaton. Il y a dans ce cas preuve et contre-preuve, car la ligature immédiate a suffi là où la ligature à distance avait été impuissante.

Je signalerai aussi qu'on a opposé à cette méthode non pas seulement la sécabilité des vaisseaux, mais la difficulté de leurs recherches. La bande d'Esmarch me paraît rendre plus aisée la manœuvre opératoire, constituant ainsi un véritable enroulement hémostatique.

M. Sée. J'ajouterai que la bande d'Esmarch facilite la recherche en permettant de gratter les bourgeons charnus : lorsqu'on a soin d'enlever les parties superficielles, on trouve les tissus avec leur aspect normal.

Présentation de malades.

Anévrysme cirsoïde de la main,

par M. Tillaux.

Le malade que j'ai présenté est atteint d'une dilatation vasculaire qui occupe la main gauche et remonte jusqu'au pli du coude.

Cette affection congénitale s'est compliquée depuis 7 mois d'une espèce de momification de l'extrémité du doigt médius; il y a de plus une espèce de lac sanguin au niveau de la phalange et de la phalangine.

La thérapeutique à suivre m'embarrasse. J'ai exercé la compression sur les artères de l'avant-bras; le thrill, la douleur disparaissent et la main peut exécuter des mouvements. Mais la compression est rapidement douloureuse, bien que je l'aie variée de diverses manières; j'ai fait fabriquer une série de bracelets compressifs; j'ai appliqué une gouttière plâtrée sur la face dorsale de la main.

Faut-il actuellement faire la ligature des vaisseaux; injecter du perchlorure de fer; faut-il enfin poser la question de l'amputation? Ce cas offre des indications spéciales.

Discussion.

M. Nicaise. J'ai observé un malade atteint d'anévrysme cirsoïde de la jambe qui a été vu par M. Duplay. Il venait d'avoir une hémorrhagie, il présentait de l'œdème, des douleurs vives : j'eus l'idée de faire une compression méthodique avec des bas élastiques de plus en plus étroits; la douleur et le gonflement diminuèrent.

M. Duplay. Je ne partage pas l'indécision où paraît être M. Tillaux sur le mode de traitement à employer. Les ligatures multiples ne réussissent pas partout comme elles le font au crâne : le seul traitement local à employer serait la ligature de l'artère principale du membre et encore aurait-on beaucoup de chances d'insuccès. Faut-il amputer le membre? Ce serait le seul moyen efficace, mais je ferai remarquer que le thrill et la dilatation des vaisseaux s'étendent jusqu'à l'aisselle et que de graves complications peuvent survenir. Je conclus donc que c'est un cas où il faut s'abstenir en raison du peu de gravité des symptômes.

M. Trélat. Nous sommes incontestablement en face d'un cas très-grave. J'ai vu un fait où on a tenté les injections, la ligature des deux artères de l'avant-bras, de l'humérale, enfin l'amputation; il y a eu guérison. Quant à la marche à suivre, il faut que la thérapeutique soit en rapport avec l'intensité des accidents. Actuellement, je ferai faire sur moulage un gant en caoutchouc remontant jusqu'à l'aisselle. Je pense qu'il y aura arrêt dans les accidents. Si les douleurs augmentent on les calmera; s'il survient des hémorrhagies, on pourra avoir la main forcée; mais, jusque-

là, il ne faut rien tenter des dangers sérieux. Quant aux injections, elles ne me paraissent pas praticables, car on ne peut séquestrer la tumeur.

Ma conclusion est donc de faite la compression élastique avec un gant bien fait et d'avoir recours plus tard à l'amputation.

M. Larrey. *L'anévrysme cirsoïde de la main* que M. Tillaux vient de nous montrer, lui a fait reconnaître des particularités dignes d'attention, au point de vue, selon moi, des moyens de traitement à essayer dans un cas aussi difficile.

J'ai été frappé, par exemple, de l'effet favorable, quoique passager de la compression simultanée des artères radiale et cubitale ou seulement de l'humérale, pour suspendre des battements dans la tumeur. Celle-ci, en effet, devient alors moins brillante, moins tendue, en même temps que la main semble soulagée de son poids et permet aux doigts des mouvements plus libres. C'est pourquoi je suis d'avis d'essayer la compression digitale de l'artère humérale, malgré l'insuffisance présumée de ce moyen, en ayant recours à l'intervention de personnes dévouées à la malade, et en même temps assez intelligentes pour bien exercer cette compression à l'aide des doigts. Ce serait bien préférable à l'emploi des divers appareils essayés d'abord et abandonnés ensuite par notre honorable collègue.

Il pourrait, à mon avis, seconder les effets de la compression digitale par l'application de la glace sur la tumeur, c'est-à-dire dans la paume de la main, et obtenir ainsi, peut-être, une coagulation partielle du sang, avec plus de sécurité que par les injections de perchlorure de fer dont l'efficacité serait fort douteuse et même l'essai redoutable.

Nous devons tenir compte enfin d'une remarque dont M. Tillaux nous faisait part, lorsque nous examinions son intéressante malade, à savoir que la position déclive de la main en augmente à la fois le gonflement, la tension, la gêne et la douleur dans le mouvement des doigts. La conséquence de ce fait serait pour moi de conseiller, comme moyen secondaire ou accessoire, l'élévation du membre aussi fréquente, aussi soutenue et aussi prolongée que possible, pour contribuer ainsi à une réduction progressive de la tumeur.

Il me semble, en définitif, que ces trois moyens simples, bien combinés, la compression digitale de l'artère humérale, l'application renouvelée de la glace sur la tumeur et la position élevée de la main, offriraient des chances de guérison de cet anévrysme cirsoïde. Ce serait, du moins à mon avis, une tentative rationnelle,

Paris.— Imp. Paul Dupont, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau. (665, 7-7.) *Le Gerant,* Masson.

avant d'en venir d'emblée à des moyens de traitement aussi incertains qu'infidèles et dangereux : tels que l'injection coagulante des vaisseaux, la ligature successive des artères et à plus forte raison, l'extrême ressource ou l'amputation du bras, si ce n'est la désarticulation de l'épaule. Rien ne justifierait à présent une pareille mutilation qui compromettrait même l'existence d'une femme encore pleine de jeunesse et de santé.

M. Terrier. Cet anévrysme cirsoïde me paraît analogue à ceux que Virchow a étudiés, c'est l'anévrysme rameux des Allemands ; il y a à la fois dilatation des artères et des veines. Aucun traitement n'est efficace dans ce cas. Si on fait la ligature on n'obtient aucune diminution, et il survient quelquefois des accidents. Si on fait des injections, on semble imprimer une activité plus grande aux dilatations vasculaires. Je limiterais donc mon intervention à l'apparition des douleurs ou des hémorrhagies. M. Tillaux nous a parlé de lac sanguin ; c'est une expression qui devrait être rayée; ce qu'on a nommé ainsi, ce sont des dilatations veineuses énormes dans lesquelles s'ouvrent les artérioles.

M. Anger. Au point de vue anatomo-pathologique, je crois que nous avons affaire dans ce cas à une tumeur érectile des doigts et de la paume de la main et que les artères ne sont devenues cirsoïdes que consécutivement. Je ne serais pas éloigné de conseiller à M. Tillaux de s'attaquer au tissu si éminemment érectile du doigt; le débouché des artères, si on peut parler ainsi, étant oblitéré, ces vaisseaux reviendraient sur eux-mêmes. Je ferais donc une injection avec une solution de perchlorure de fer mitigée. M. Verneuil et moi nous avons eu à traiter un enfant d'une tumeur érectile de la face avec dilatation des artères et des veines ; après une application de pointes de feu, qui n'avaient donné aucun résultat, nous injectâmes de la liqueur de Piazza qui a la propriété de ne jamais produire de suppuration dans le tissu cellulaire, la tumeur a pâli, a diminué de volume ; il y a eu une amélioration notable chez notre malade. Je crois que M. Tillaux pourrait adopter la marche suivante : faire une compression extérieure pour arrêter le sang, puis injecter dans plusieurs points de la tumeur dix à quinze gouttes de liqueur de Piazza.

M. Després. Bien que je partage l'opinion de M. Anger, sur l'origine érectile de la tumeur, je suis opposé à toute injection ; le doigt médius est gravement atteint, mais non les parties profondes de la main ; on ne peut nier cependant que les dilatations veineuses du dos de la main avec thrill, ne soient l'indice d'une altération grave. Quel mode de traitement faut-il adopter ? La com-

pression digitale ? je ne crois pas à son efficacité. J'ai déjà donné mon avis au sujet des injections ; j'ajoute qu'elles pourraient être cause d'embolies avec gangrène. Restent les ligatures multiples ; il faut les pratiquer, comme Deces l'a fait pour les anévrysmes cirsoïdes du cuir chevelu. On aurait ainsi quelque chance de diminuer le cours du sang; s'il survenait une hémorrhagie la ressource ultime serait l'amputation.

M. Terrier. Je ne suis pas d'avis, comme M. Anger, qu'il y ait eu au début une tumeur érectile; certaines de ces tumeurs sont congénitales et présentent d'énormes dilatations veineuses, chez d'autres malades, il y a des dilatations artérielles très-marquées. Quant aux injections je les crois dangereuses, j'ai vu à leur suite un cas de mort par infection purulente.

M. Duplay. Je n'avais agité que la question pratique. Je ne crois pas à l'origine érectile ; il est certain pour moi que certains anévrysmes cirsoïdes débutent par une dilatation artérielle. La malade dont a parlé M. Nicaise a une dilatation de l'artère tibiale antérieure depuis sa naissance; ce diagnostic a été porté il y a 15 ans par M. Cocteau.

Présentation de malades.

M. Trélat. Je m'étais engagé, il y a quelques jours, à présenter deux malades ayant subi la urano-staphylorаphie; l'un deux a quitté Paris, et présente un état mental tout particulier. Persuadé qu'il parlerait comme tout le monde, une fois opéré, il ne parle plus, reste silencieux.

L'opéré que je présente, est âgé de 15 ans, et a subi 4 opérations : 1° reconstitution du bord alvéolaire; 2° urano-staphylorаphie; 3° achèvement du bord alvéolaire; 4° opération du bec-de-lièvre. La parole est encore embarassée et, à ce sujet, je fais observer de nouveau que ces malades ne savent pas donner de la voix, pour ainsi dire ; de là vient l'émission incomplète de la parole.

Lecture.

M. Porrak lit une observation de syphilis osseuse héréditaire, avec fractures spontanées multiples, pseudo-paralysie des membres supérieurs liée à ces fractures.

Renvoyé à une commission.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel,
Cruveilhier.

Séance du 27 juin 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger ;

2° Deux brochures de M. Broca : 1° *Sur la trépanation du crâne et les amulettes crâniennes à l'époque néolithique;* 2° *De la différence fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux;*

3° M. Giraud-Teulon présente, de la part de M. Stocbert, de Nancy, un travail imprimé avec ce titre : *Description du procédé quasi-linéaire dans l'extraction de la cataracte;*

4° M. Guéniot présente, au nom de M. le Dr Ganiez de Darney, une observation de *Tétanos traumatique à forme subaiguë; guérison par le chloral* (Commissaire : M. Guéniot) ;

5° M. Poncet, membre correspondant, adresse l'observation suivante :

Observation de plaie pénétrante de poitrine et de l'abdomen par balle de revolver. — Mort. — Autopsie.

par M. Poncet.

Le 15 mars 1877, à 4 heures du soir, le nommé F..., détenu au camp des Beni-Meleck, est transporté à l'hôpital pour un coup de feu dans la poitrine. L'arme est un petit revolver tiré par le gardien du camp, en cas de légitime défense, contre le condamné ivre. Le fait s'est passé il y a une heure à peine. F..., à son arrivée dans mon service, est encore sous l'influence de l'ivresse. Son état d'excitation est extrême, il crie, injurie les gardiens, et malgré toutes les recommandations de silence, raconte très-haut ce qui s'est passé.

Le visage exprime la souffrance, saus être trop pâle, ni crispé. La respiration est courte, fréquente. Le blessé se plaint d'une violente douleur à gauche en arrière, sous l'omoplate ; mais il ne crache pas de sang et n'en a pas craché, ni vomi au moment de l'accident. Il est tombé sous le coup de feu, puis s'est relevé aussitôt, a marché, et continué sa querelle avec le gardien.

Au niveau du bord inférieur de la 6e côte gauche, à 9 centimètres en arrière de la verticale passant par le mamelon du même côté, se trouve l'orifice d'entrée. Ayant demandé aux témoins la direction de l'arme au moment du coup, la position du gardien et du condamné, il me fut répondu que la balle avait dû pénétrer de haut en bas, et de gauche à droite, en traversant la poitrine, le gardien étant un peu en avant.

L'exploration la plus minutieuse ne révéla point l'existence du projectile. Il n'y avait pas cependant d'orifice de sortie. A l'entrée, existe une zone emphysémateuse qui se dirige sous l'aisselle. Aucun liquide, aucun gaz ne sortent par eette ouverture.

La respiration s'entend dans toute la poitrine à gauche, très-nettement en avant où elle est normale. En arrière, elle est perceptible dans toute l'étendue du poumon, à l'exception du dernier quart où elle est un peu obscure. Pas de matité, ni en avant ni en arrière; sonorité à peine exagérée en avant près de l'orifice d'entrée, dans la région emphysémateuse.

Battements du cœur, rapides et violents; pouls plein, large, fréquent.

A droite, la respiration est absolument normale.

Rien du côté de la moelle ou des membres inférieurs.

Le ventre est à peine douloureux; le malade ne se plaint pas de ce côté. Pas de vomissements, pas de hoquet, pas de crachats sanguins.

Prescription. — Silence absolu, le malade est isolé, potion avec 2 centigrammes, chlorhydrate de morphine après l'ivresse dissipée. Bandage de corps pour modérer les effets de respiration.

Le 16 au matin, 15 heures après la blessure, l'état de la blessure est le suivant :

Produit par une balle de 7 millimètres de diamètre, l'orifice d'entrée présente une eschare large de 8 millimètres, haute de 6, un peu ovalaire, à point central plus rouge. Autour de l'eschare, une zone ecchymotique de 16 à 18 millimètres un peu saillante et de couleur rosée.

La zone emphysémateuse a presque disparu; quelques bulles seulement sont retrouvées sous le grand dentelé, sous l'omoplate; mais l'état général s'est singulièrement aggravé.

Le côté gauche, à la vue, est légèrement dilaté. A la percussion, un son tympanique se produit à partir du bord droit du sternum, gagne la clavicule, occupe la région du cœur, et se réunit en bas au tympanisme abdominal. La respiration s'entend encore, faible il est vrai, jusqu'à 3 centimètres en avant, au-dessous du mamelon.

En arrière : matité complète, dans la moitié inférieure, souffle amphorique vers la 4e vertèbre dorsale, chevrotement de la voix. Il y a donc épanchement.

A droite : rien d'anormal.

Le cœur est reporté entre le mamelon droit et le sternum. Les battements en sont accélérés, moins réguliers, sans bruits anormaux. Pouls large et plein, 112. Temp. 38°.

Aucun crachement de sang, urines non sanguinolentes. Une selle dans la nuit. Pas de douleurs de ventre. Aucun vomissement, ni hoquet. Le malade refuse toute boisson; il souffre après avoir bu.

17 mars. La respiration est anxieuse, râlante par moment : la douleur précordiale extrême, une sueur froide perle au front. Le regard est vide, égaré.

La sonorité amphorique augmente en avant; en arrière la matité est à peu près la même.

Le 18. Coma; mort dans l'après-midi.

Autopsie. — Large ecchymose sous le grand dentelé et le pectoral. La cavité thoracique gauche est remplie dans sa moitié inférieure d'un liquide putride. Ce n'est ni du sang, ni de la sérosité, mais un liquide aqueux mélangé de débris d'aliments. Le poumon gauche est ratatiné contre la colonne vertébrale.

L'orifice interne d'entrée du projectile, à la plèvre, est situé au niveau du bord supérieur de la 7e côte; l'orifice externe étant à la 6e. Le trajet de la balle est alors assez difficile à retrouver; nous constatons qu'elle a perforé le diaphragme d'abord près des côtes, pour pénétrer dans l'estomac près du sommet de la grande courbure. Ces deux ouvertures sont petites et permettent à peine le passage du petit doigt. Une troisième ouverture existe à la face postérieure de la poche gastrique, plus large que les deux précédentes vers la petite courbure. Enfin le projectile a perforé une deuxième fois le diaphragme, près du pilier gauche pour se loger dans le corps de la 11e vertèbre dorsale, à 2 centimètres au-dessus du rein, à un demi-centimètre en arrière de l'aorte. La rate n'a pas été touchée. La balle est extraite du tissu spongieux du corps de la vertèbre dont la cavité médullaire est intacte.

Aucun épanchement sanguin n'existait dans l'estomac, ni dans l'abdomen. Pas de péritonite, du moins dans le grand épiploon, ni à la partie antérieure des anses intestinales. Nulle part on ne trouve de pus. Le cœur et le péricarde étaient intacts.

Réflexions.

Cette observation nous a paru mériter l'attention à cause de l'anomalie même des symptômes qui se sont présentés pendant la vie.

Au moment de l'arrivée du malade, une heure après l'accident, sur le rapport des témoins, d'après l'état de la respiration à peu près normale dans le côté gauche, le projectile étant perdu, la douleur se localisant à la pointe de l'omoplate, il était permis de songer à une plaie pénétrante de poitrine par une balle qui serait allée se perdre dans la partie inférieure et postérieure de la cavité thoracique, à la gouttière vertébrale.

Le projectile était petit, il n'y avait pas fracture de côté, pas d'hémorrhagie, ni par la plaie, ni par la bouche, rien au cœur, rien à la moelle, le pouls était bon : le pronostic immédiat, tout en étant sérieux, n'était pas désespéré.

Le lendemain l'état du malade s'aggravait beaucoup, et l'idée d'une lésion de l'œsophage se présentait alors à l'esprit, parce que l'épanchement se faisait peu à peu, sans faiblesse, sans syncope, et que la douleur coïncidait surtout avec l'ingestion de quelques gorgées de liquide. Cependant une perforation double du diaphragme, et de l'estomac qui n'est pas immédiatement mortelle, qui ne donne lieu, ni au hoquet, ni au rire sardonique, ni

aux vomissements de sang, ou d'autre liquide, ni même à des efforts de vomissements, ni à la péritonite, ni à la douleur de l'abdomen, est assurément un fait curieux, en contradiction avec les symptômes classiques des blessures de ce genre, tels que les ont décrits les auteurs anciens et plus modernes. Nous sommes convaincus que l'étude des plaies par armes à feu à petits projectiles, fournira de nombreux exemples de ce genre. La pathologie de ces blessures diffère essentiellement des coups de feu tels que nous les avons étudiés autrefois avec les grosses balles de 18 à 36 grammes.

L'action des balles de revolver, qu'on a vue déjà traverser impunément la pointe du cœur, le diaphragme, et s'enkyster sur le rein (Paulet, anatomie, p. 352), si elle se rapproche de l'action des projectiles du fusil Chassepot de 27 grammes par le petit volume, s'en éloigne cependant beaucoup par la vitesse et la nature du mouvement. Quoi qu'il en soit, c'est avec ces projectiles minimes, de métal mou, sans arêtes aiguës analogues à celles des éclats d'obus, qu'il faut s'attendre à cette absence immédiate de symptômes signalés par presque tous les observateurs. Le diagnostic reste extrêmement difficile dans l'état de nos connaissances actuelles. Déjà au siége de Strasbourg, nous avons constaté une différence d'action évidente des petites balles, comparées aux blessures énormes que nous avions soignées à Puebla sur des Mexicains blessés par les carabines Minié. Nous pensons que les divergences d'opinion qui se sont produites dans le sein même de la Société sur le traitement des plaies par armes à feu, sur l'opportunité des explorations, sur la non extraction des projectiles, érigée en principe par M. le professeur Verneuil (séance d'octobre 1876), toutes ces différences d'opinion, disons-nous, proviennent de ce que l'histoire des blessures par petits projectiles n'est pas faite, et qu'elle est confondue avec celle des blessures par projectiles anciens et volumineux.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Larrey. La Société de chirurgie a discuté, plusieurs fois la question de la ligature des artères dans lo foyer des plaies, et notamment dans les plaies profondes de la main, soit récentes, soit anciennes ou déjà suppurées, donnant lieu alors à des hémorrhagies consécutives.

Beaucoup de chirurgiens, dans ces cas-là, français ou étranger, s'inspirant de l'indication ou de la nécessité hémostatique du moment, ont eu recours à la ligature que l'on pourrait appeler *directe*

des deux bouts d'une artère divisée, sans en déduire cependant la conséquence d'un principe à généraliser.

J'ai eu, pour ma part, occasion de rappeler la pratique de mes anciens maîtres, notamment celle de Dupuytren, dont j'avais suivi les dernières leçons et qui, malgré ses préférences pour la méthode d'Anel, avait recours à la ligature des deux bouts de l'artère blessée, lorsqu'il la trouvait possible ou préférable.

Nélaton qui avait été, à la même époque, le digne élève de l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, fut conduit, plus tard, à ériger cette pratique en méthode, sans avoir prétendu, toutefois, en être l'inventeur. Mais (comme l'on ne prête généralement qu'aux riches), plusieurs de nos honorables collègues, dans la dernière séance encore, ont attribué à Nélaton exclusivement le mérite d'avoir établi, le premier, les règles et les applications de la double ligature, adoptée d'ailleurs aujourd'hui par la plupart des chirurgiens.

Or, je crois qu'il importe à la vérité de dire ou de rappeler que la priorité de cette méthode bien établie, appartient à l'un des plus célèbres chirurgiens de l'armée anglaise, à sir James Guthrie qui, dès l'origine de sa brillante carrière, s'était préoccupé, d'une manière spéciale, *des blessures et des lésions des artères.* Il en a fait, de 1811 à 1846, l'objet de plusieurs publications que je n'ai pas besoin d'indiquer ici, et qui exposent les avantages attribués par lui à la ligature directe des deux bouts d'une artère ouverte dans le foyer même de la plaie.

Je rappellerai seulement que notre distingué collègue, M. Legouest, en prononçant ici même, en 1865, l'éloge de Guthrie, associé étranger de la Société de chirurgie de Paris, a eu grand soin de rappeler, parmi tous ses travaux, la méthode de la ligature, consacrée désormais par l'observation, par l'expérience, et qui mérite, sans conteste, le nom de *méthode de Guthrie.*

M. Desprès. Je ferai remarquer qu'il a été question, non pas de la ligature des deux bouts d'une artère divisée, mais du précepte de pratiquer cette ligature même dans les plaies en suppuration.

La ligature des deux bouts a du reste été faite par Boyer qui était un contemporain de Guthrie.

M. Trélat. Je rappellerai que j'ai publié, il y a plus de 20 ans, dans la *Gazette des hôpitaux,* une leçon de Nélaton sur ce sujet. Le chirurgien défendait la pratique de la ligature des artères dans les plaies comme une saine pratique plutôt que comme une pratique personnelle, et mentionnait Guthrie comme en ayant formulé le précepte.

Rapports.

Calcification des bourses séreuses.

Rapport par M. Nicaise.

Messieurs,

Vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur une observation de tumeur calcaire d'une bourse séreuse prérotulienne qui vous a été présentée par M. le Dr Conor.

Les faits de ce genre ne sont pas très-rares, mais leur pathogénie n'est pas encore bien connue et à ce titre ils méritent de fixer l'attention.

Observation d'une tumeur calcaire, développée dans la bourse séreuse prérotulienne gauche d'une femme de 50 *ans*, par le Dr Conor.

Françoise B.., journalière; constitution bonne, tempérament nerveux, peau sèche, rugueuse; 50 ans.

Elle présente en avant et au-dessus de la tubérosité antérieure du tibia gauche, une tumeur qui, comme dimensions, mobilité et consistance, rappelle exactement la rotule. Sa surface est rugueuse, profondément mamelonnée, la peau qui la recouvre est adhérente, amincie, rosée, un peu luisante.

Son apparition remonte à 4 ou 5 ans, époque depuis laquelle elle s'est progressivement développée. La malade éprouve, depuis 6 mois surtout, d'assez vives douleurs qui rendent parfois la station debout impossible et déterminent la claudication. L'extension du membre est plus douloureuse que la flexion.

Nous conseillons à la malade l'ablation comme seul moyen de traitement; après 2 mois d'hésitation pendant lesquels la tumeur a un peu augmenté, Françoise B.., se rend à nos avis et nous pratiquons l'opération le 4 août dernier avec l'aide de notre confrère le Dr Pillet (de Niort).

Opération. — Incision linéaire verticale de 8 centimètres dans le sens du grand diamètre de la tumeur. Nous rencontrons immédiatement une masse dure sur laquelle s'émousse le bistouri, et qui adhère complétement à la peau au moyen de très-minces lamelles de tissu lamineux qui manquent par endroits. La dissection en est faite avec soin et nous contournons les bords saillants de la tumeur; le doigt passé derrière elle trouve une bouillie calcaire et en détache facilement la partie dure ou antérieure qui sort par l'ouverture pratiquée.

La partie molle dont je ne saurais mieux comparer la consistance qu'à un mortier de chaux un peu épaissi, ayant été enlevée avec une curette, nous trouvons une seconde plaque calcaire. Celle-ci est détachée avec peine et par fragments, tellement elle est adhérente à la poche dont la paroi épaisse et résistante se confond intimement avec le ligament rotulien. Cette circonstance nous fait en partie respecter l'enveloppe de

la tumeur qu'il eût été impossible de séparer du ligament sans l'intéresser profondément.

Nous trouvons en effet, s'enfonçant entre les fibres de ce dernier, plusieurs culs de sac à collet étranglé également remplis de bouillie calcaire qui durcit après son extraction, et présente au bout d'une demi-heure la consistance pierreuse du fragment principal. Trois ou quatre autres petits kystes disséminés autour du fond de la bourse séreuse sont enlevés avec les ciseaux, la matière qu'ils contiennent est également crétifiée.

Le poids total de toutes les parties calcaires est de 26 grammes dont 23 grammes pour le fragment principal dont les dimensions sont :

Longueur............	57	millimètres,
Largeur..............	32	—
Epaisseur............	16	—

L'analyse chimique, que nous devons à l'obligeance de M. Vidau professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce, a donné du phosphate et du carbonate de chaux en quantités se rapprochant beaucoup de celles que l'on trouve dans la composition du tissu osseux. Pour faire plus exactement cette analyse et doser proportionnellement les diverses matières entrant dans la composition de la tumeur, il eut fallu en employer une trop grande quantité, nous avons préféré présenter la pièce pathologique presque en son entier.

L'extraction de toutes les parties calcaires terminée, et après un soigneux nettoyage de tout ce que nous pouvons enlever, soit avec l'ongle, soit avec la curette, nous appliquons 3 points de suture. Le membre est condamné au repos dans une gouttière, et 3 jours après, la réunion par première intention est faite.

Les épingles sont enlevées et la cicatrice consolidée avec deux bandelettes de baudruche agglutinative. Dix jours après, la malade reprenait ses occupations ordinaires. L'opération pratiquée sans le secours du chloroforme que la malade avait refusé, n'a pas paru trop douloureuse; la perte de sang a été insignifiante.

Comme cause du développement de cette tumeur nous devons surtout accuser chez notre malade, la profession; car, bien que n'étant pas blanchisseuse de son état, elle lavait fort souvent.

Mais ce qui ne laisse pas que de nous surprendre, c'est que cette tumeur ne se soit montrée que d'un côté, alors que l'autre n'a jamais rien éprouvé ni présenté.

La cause déterminante agissante était cependant la même pour les deux; aussi n'est-ce pas, croyons-nous, ce qui s'est le plus ordinairement rencontré dans les cas semblables. Témoin l'observation si intéressante qui a été communiquée à cette Société le 4 novembre 1874 par M. Pamard (d'Avignon).

Nous n'avons rien pu découvrir chez notre malade qui nous permît d'accuser une diathèse particulière.

Dans l'observation de M. le Dr Conor la lésion ne siégeait pas

exactement dans la bourse séreuse prérotulienne, mais au-dessous, dans une bourse accidentelle développée en avant du tendon rotulien et de la tubérosité du tibia ; bourse qui se développe chez ceux qui se mettent à genoux et qui descend d'autant plus bas que la cuisse est plus fléchie sur la jambe. Cette position est le plus souvent celle des blanchisseuses ; profession dans laquelle on a rencontré plusieurs fois la lésion qui nous occupe.

Dans l'observation de M. Pamard (*Bul. Soc. Chir*. 1874, p. 584) qui fit l'objet d'un rapport de M. Duplay, il s'agit en effet aussi d'une femme de 59 ans, buandière ; M. Després a rapporté alors un fait du même genre observé chez une femme de 60 ans exerçant la même profession. M. Terrier, dans la même discussion a cité un cas de tumeur calcaire de la bourse prérotulienne chez un homme.

Il serait intéressant de rechercher quelles sont les causes de la calcification dans ce cas ; quel doit être l'état anatomique et chimique des tissus et des organes pour qu'ils se laissent imprégner de sels calcaires ; quelle doit être la composition des liquides organiques pour qu'ils laissent déposer ces mêmes sels; mais toutes ces questions ont encore été si peu étudiées, qu'il est difficile de s'étendre sur ce sujet. Cependant, il est certains points que l'on peut aujourd'hui aborder. Les travaux de Robin, Virchow, Vulpian, Cornil et Ranvier, Talamon[1] permettent d'établir quelles doivent être les conditions anatomiques des tissus pour qu'ils soient susceptibles de se laisser imprégner de sels calcaires.

D'après ces conditions on peut admettre aujourd'hui, avec M. Talamon, trois modes différents de calcification.

1° Les sels calcaires peuvent se déposer dans certains tissus, sans modification préalable de ceux-ci, comme dans le tissu cartilagineux, dans le cristallin d'après M. Robin.

2° Ou bien le tissu calcifié a été au préalable transformé en un tissu pathologique formé de lames parallèles à substance fondamentale amorphe, entre lesquelles se trouvent disséminées des cellules plates ; ce tissu, tissu fibroïde pathologique, est dépourvu de vaisseaux et présente une vitalité faible. Il précède les dépôts calcaires qui se font dans le tissu conjonctif, car ce dernier ne peut subir la calcification sans changer de nature.

C'est ainsi que s'expliquent les calcifications de la plèvre, de la tunique vaginale, des corps étrangers articulaires, des bourses séreuses épaissies, etc.

3° Enfin, dans le troisième mode, la calcification est précédée par la dégénérescence granulo-graisseuse des éléments anatomi-

[1] *Revue mensuelle de méd. et de chir.* 1877 *p,* 300, et suiv.

ques et les sels de chaux se substituent ensuite peu à peu à la matière granulo-graisseuse.

Ainsi se fait la calcification dans les ganglions lymphatiques, dans les poumons, dans les masses caséeuses, dans les tumeurs, dans les myomes utérins, etc.

Comme on le voit, pour qu'un tissu se calcifie, il faut donc que sa vitalité soit très-faible ou nulle.

D'autres causes interviennent encore pour amener la calcification. Elle est favorisée par la vieillesse, elle paraît l'être par des altérations profondes du squelette (Andral, Virchow) et peut-être par une sorte de diathèse calcaire, dont l'arthrite déformante serait la manifestation principale.

Je ne veux pas m'étendre davantage sur ce point, mais j'ai pensé que ces considérations étaient nécessaires pour expliquer la calcification des bourses séreuses.

Cet organe, irrité, s'épaissit et les couches de tissu conjonctif qui le limitent se transforment en tissu dense, serré, d'aspect fibreux, fibro cartilagineux et qui au microscope est constitué par des lamelles stratifiées de substance fondamentale amorphe avec des cellules plates disséminées et absence de vaisseaux ; ce tissu ainsi que MM. Cornil et Ranvier l'ont établi, est très-sujet aux infiltrations calcaires; aussi comme nous l'avons déjà dit, trouve-t-on des exemples assez nombreux de calcification des bourses séreuses.

Chez la malade de M. le Dr Conor, la concrétion pesait 23 gram.; elle fut analysé par M. Vidau, professeur agrégé au Val-de-Grâce, qui l'a trouvée formé de phosphate et de carbonate de chaux.

De mon côté, j'ai prié M. Barnouvin, pharmacien de l'hôpital temporaire, de vouloir bien examiner les fragments qui m'avaient été remis par M. Conor. Il a eu l'obligeance de me remettre une note montrant qu'un fragment du poids de 2 gr. 50 cent. renfermait :

Matières organiques.........	0,50.
Phosphate de chaux.........	1,60.
Carbonate de chaux.........	0,20.
Magnésie à l'état de phosphate.	» »

Cette analyse se rapproche beaucoup de celle qui a été faite dans le cas de M. Pamard.

Telles sont les considérations que m'a suggérées l'intéressante observation de M. le Dr Conor.

En terminant, j'ai l'honneur de proposer à la Société d'adresser des remercîments à l'auteur et d'insérer son observation dans nos bulletins.

Communications.

Sur l'uranoplastie dans les divisions congénitales du palais et du voile.

M. Trélat. J'ai eu l'occasion depuis un an de pratiquer cinq fois l'uranoplastie; ce sont les enseignements de ces opérations relativement nombreuses que je désire communiquer à la Société.

Chez l'un de ces malades, il n'y a eu à vrai dire qu'une tentative insuffisante. Opéré dans l'enfance de son bec-de-lièvre unilatéral gauche, il avait conservé une large division comprenant toute la voûte et le voile. Mais le langage était presque correct, et après un essai de restauration du bord alvéolaire, l'opéré, qui était un grand garçon de 18 ans, voulut nous quitter.

Un autre malade âgé de 15 ans, que j'opérai pour une division unilatérale de la voûte et du voile avec intégrité du bord alvéolaire et de la lèvre, est complétement guéri. Je voulais vous le montrer mais il habite actuellement un petit village de l'Isère. Chez lui, autant le résultat plastique a été complet, autant sont insuffisants les résultats fonctionnels. L'enfant s'était imaginé que l'opération lui restituerait un langage irréprochable immédiatement. Trompé dans cet espoir, il est devenu taciturne; il s'abandonne, refuse tout exercice et n'a en somme presque rien gagné depuis un an, d'après une lettre que j'ai reçue ces jours derniers. C'est un résultat fâcheux, mais qui ne doit pas surprendre. On sait parfaitement aujourd'hui qu'une nouvelle éducation est nécessaire pour les organes restaurés et que cette éducation réclame le désir et la bonne volonté des malades.

Je vous ai fait voir mes trois autres opérés dans les séances du 30 mai et du 13 juin de cette année. Les deux premiers opérés, en un seul temps d'une division urano-staphylienne avec intégrité du bord alvéolaire et de la lèvre; le dernier, atteint de division totale labio-staphylienne a dû subir trois opérations : la restauration du bord alvéolaire, l'urano-staphyloraphie, enfin le bec-de-lièvre. Chez les deux premiers, opérés depuis dix mois et trois mois, vous avez déjà pu apprécier les résultats satisfaisants au point de vue de la phonation ; chez le dernier, les opérations sont trop récentes pour qu'on puisse constater autre chose que le résultat plastique de cette restauration considérable, si considérable, que la première fois que le jeune malade (15 ans) se vit dans une glace après l'opération, il éprouva une telle surprise qu'il faillit perdre connaissance. Depuis, sa surprise a fait place à la joie et il vit dans l'enchantement de cet autre lui-même.

Chez aucun de ces malades je n'ai eu à examiner la question d'âge.

Ils avaient tous de 15 à 18 ans. C'est l'époque que Roux avait fixée autrefois pour la staphyloraphie ; très-bonne au point de vue de la plastique, mais défectueuse eu égard aux fonctions et surtout à l'articulation des mots. On sait quels progrès la chirurgie a faits sous ce rapport. Fergusson et Sédillot avaient abaissé l'âge à 12 ans, Langenbeck à 7, Smith, de Londres à 3 ou 4, Billroth et Weber, Ehrmann, de Mulhouse, Simon, de Rostock ou de Breslau, Rouge, de Lausanne, l'ont réduit à quelques mois, un mois, quinze jours, huit jours, après la naissance. C'était trop. La mort des petits opérés a montré aux chirurgiens que le mieux est ennemi du bien et qu'il fallait choisir un moyen terme. J'ai enseigné dans mon cours de la Faculté et j'ai eu occasion de conseiller dernièrement l'âge de 2 à 4 ans comme âge de choix. A 2 ans, l'enfant est sevré; sa première dentition est achevée ; il ne parle pas encore surtout avec une division palatine. On l'opérera donc après l'âge dangereux et avant l'âge de la parole ; c'est la meilleure combinaison possible.

Cette indication ne s'applique, bien entendu, qu'à l'urano-staphyloraphie et nullement au bec-de-lièvre, celui-ci devant être opéré aussitôt que possible après la naissance. Car s'il y a un fait incontestablement établi, c'est qu'en cas de division labio-alvéolo-palatine, l'opération du bec-de-lièvre, faite de bonne heure, rapproche les deux côtés de la fente alvéolaire, les fusionne souvent et réduit ainsi considérablement le champ de l'opération future.

Ceci me conduit à examiner l'ordre suivant lequel doivent être pratiquées les diverses opérations restauratrices des divisions congénitales de la voûte buccale.

Il faut distinguer les cas au point de vue de l'étendue de la division et de l'âge du sujet. Un nouveau-né atteint de bec-de-lièvre simple ou double avec séparation médiane ou latérale de la voûte et du voile sera d'abord et aussitôt que possible opéré de son bec-de-lièvre pour les motifs que je viens de faire valoir. Mais cela ne sera plus indiqué s'il s'agit d'un individu de huit, douze, seize ans. Dans ces conditions, tout est également pressant et si vous commencez par la lèvre pour faire un mois après la suture palatine ou alvéolaire, vous vous serez gêné sans aucun bénéfice, car ce n'est pas en un mois ou six semaines que se fera la coalescence des deux côtés du bord alvéolaire. Il y a avantage alors à suivre la marche que j'ai adoptée pour mon dernier opéré, à faire d'abord toutes les opérations palatines en profitant du large hiatus labial et de terminer par celui-ci quand tout le reste est achevé.

Voilà donc déterminé le rang de l'opération du bec-de-lièvre. Désormais, de deux choses l'une, ou bien il ne restera plus qu'une division bornée au voile et à une portion plus ou moins étendue de

la voûte, ou bien le bord alvéolaire sera en même temps fendu. Dans ce dernier cas, c'est par le bord alvéolaire qu'il faut commencer la réparation, car si on commençait par la voûte, on serait obligé plus tard d'opérer sur un espace étroit, fuyant derrière l'obliquité interne du bord des alvéoles et recouvert en avant par la lèvre ; conditions gênantes qui ont arrêté plus d'un opérateur et qui les ont conduits à conserver des fistules antérieures plus ou moins larges qui annihilent le résultat opératoire,

Supposons maintenant le cas où, soit par une disposition naturelle, soit par un artifice chirurgical antérieur, il n'existe plus qu'une fente staphylo-palatine plus ou moins étendue sur la voûte, mais s'arrêtant en arrière du bord alvéolaire. Faudra-t-il pratiquer d'abord l'uranoplastie, puis plus tard la stapyloraphie ; ou inversement, ou bien devra-t-on faire d'un coup les deux opérations? Questions encore mal élucidées où les praticiens semblent obéir à leur inspiration particulière plutôt qu'à des données certaines.

Sur mon premier opéré j'avais fait d'abord la staphyloraphie et un mois plus tard l'uranoplastie. La guérison fut complète, mais je constatai là un fait bien important qui me conduisit par la suite à exécuter en une seule fois l'urano-staphyloraphie. C'est ainsi que j'ai procédé avec un succès dont vous avez pu juger, sur mes trois derniers malades que vous avez vus tous trois.

De cette expérience et de cette constatation, j'ai retiré la conviction que cette pratique est bonne et qu'il faut la conseiller.

La démonstration de ce point demande quelques détails dont je m'ecxuse, mais qui sont indispensables. Dans les divisions congénitales du voile et de la voûte, cette dernière a une forme bien différente de l'état normal. Ses deux bords figurent un V à pointe antérieure, dont les branches vont rejoindre, en s'arrondissant en dehors, les crochets des apophyses ptérygoïdes. Or le voile adhère fortement à cette portion arrondie qui représente le bord postérieur de la voûte palatine. Si cette adhérence n'est pas détruite, on ne pourra faire ni la staphyloraphie, ni l'uranoplastie; on ne pourra du moins compléter ni l'une ni l'autre de ces deux opérations. Quoi qu'on fasse, il restera un hiatus plus ou moins vaste à la jonction de la voûte et du voile. Et ce fait se produira même pour les divisions qui, semblant bornées au voile, empiètent pour si peu que ce soit sur la voûte osseuse. Roux l'avait déjà remarqué et en avait déduit un précepte opératoire qu'il ne mit pas en pratique, mais qui fut réalisé par Mason Waren. Le procédé de Fergusson qui coupe le voile par sa face supérieure ou nasale, n'a pas d'autre but que de détacher ce voile de sa forte adhérence palatine. Et tous les chirurgiens qui, dans ces dernières années, se sont occupés d'uranoplastie dans les divisions congénitales, recommandent expres-

sément, comme je le fais moi-même, ce temps de l'opération.

Cette manœuvre indispensable est exécutée de diverses façons par les différents opérateurs. Je dirai plus loin comment je la pratique. Mais de quelque manière qu'on s'y prenne, elle ne s'accomplit ni sans hémorrhagie, ni sans délabrements notables.

Si donc elle est nécessaire et pour l'uranoplastie et pour la staphyloraphie, qui ne voit qu'on aura deux fois à faire les mêmes délabrements et à s'exposer aux mêmes hémorrhagies. C'est le cas de dire : *non bis in idem.* C'est pour cela, et m'appuyant sur mes trois succès, que je préconise formellement la sage économie opératoire qui consiste à utiliser ce temps important pour une uranoplastie et une staphyloraphie simultanées. Je voudrais, Messieurs, avoir fait passer dans vos esprits une conviction qui est parfaitement établie dans le mien sur ce point particulier.

Je n'ai nullement l'intention de décrire devant vous le manuel opératoire dans son entier. J'exécute l'opération sur le type général de celle de Langenbeck : avivement des bords, formation de deux lambeaux muco-périostiques latéraux, suture. Je vous prie seulement d'entendre quelques détails sur les points où mon attention s'est particulièrement fixée.

La staphyloraphie est peu douloureuse et ne provoque qu'une faible perte de sang. Sur un malade un peu raisonnable on peut la pratiquer dans la position assise ou couchée et sans anesthésie. Mais il n'en est pas de même de l'uranoplastie. Ici le décollement des lambeaux engendre une vive douleur et une forte hémorrhagie.

On a songé depuis longtemps à combattre la douleur par l'anesthésie; mais l'anesthésie et l'hémorrhagie buccale ne marchent pas bien ensemble. Le malade avale ou inspire du sang. De là des vomissements perturbateurs ou une asphyxie de gravité variable.

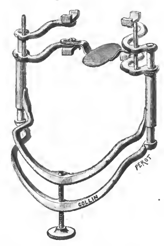
Pour tourner ces difficultés voici comment je procède : je soumets mes opérés à l'anesthésie chloroformique; quand ils sont bien endormis, j'attire la tête au delà du bord de la table et je la laisse se renverser en arrière; assis derrière le malade et le pied sur un tabouret, je soutiens la tête sur mon genou. Un baillon convenable maintient la bouche ouverte. Dans cette position, la voûte palatine, les fosses nasales, la coupole pharyngienne sont en bas; l'œsophage et le larynx en haut : le sang s'accumule dans les fosses nasales et la voûte pharyngienne d'où on peut l'enlever avec des éponges montées sans le laisser passer dans les voies digestives ou respiratoires.

Mais pour que l'anesthésie, l'enlèvement du sang et les actes chirurgicaux puissent se succéder avec ordre et sans trop grande perte de temps, il faut que l'ouverture de la bouche et la fixité de la langue soient bien maintenues. Le baillon de Smith, qui est

figuré dans le livre de Holmes, suffit en général pour les petits enfants, mais il est trop faible et ne tient pas chez les jeunes gens et les adultes. Il y a quelques années j'en ai cassé un pendant le cours d'une opération chez un garçon de 8 ans. Il fallut remettre l'achèvement à une semaine. Chez un autre malade, la durée de l'opération fut plus que doublée par la chute continuelle du baillon. MM. Lüer et Mariaud ont des modèles de baillon qui agissent assez bien, mais ils prennent leur point d'appui sur les incisives et ne peuvent par conséquent pas servir quand le bord alvéolaire est fendu.

M. Colin, à qui j'exposais toutes ces difficultés, a construit pour moi un baillon solide, à écartement variable suivant la largeur des mâchoires des divers opérés, prenant appui sur les molaires qu'il maintient parallèlement écartées. L'appareil (dont je donne ici la figure) fonctionne à l'aide d'une vis qui fait glisser l'une dans l'autre chacune des tiges verticales de façon à opérer le rapprochement ou l'écartement parallèle des branches horizontales.

Celles-ci portent pour chaque molaire une petite pièce mobile et garnie de plomb pour que le contact avec la dent soit précis. J'ai employé cet appareil dans mes 3 dernières opérations.



Dès que le malade est ainsi installé, je procède à l'avivement des bords dans toute leur étendue. Je n'en dirai rien si ce n'est que je commence par la partie antérieure et que je cherche à conserver la bandelette enlevée dans toute sa longueur. C'est un guide précieux qui prévient toute erreur.

Immédiatement après, je trace avec le bistouri les incisions libératrices des lambeaux ou mieux l'une des incisions. Je me sers du bistouri parce que ni le galvano-cautère, ni le thermo-cautère

n'empêchent l'hémorrhagie et surtout parce qu'ici il faut éviter avec le plus grand soin tout ce qui peut retarder ou compromettre les phénomènes plastiques sur les deux bords et sur la face profonde de chaque lambeau.

C'est pour ce même motif que je repousse absolument le perchlorure de fer, les tentes, les bourdonnets, les plaques de soutien qui ont été employés par quelques chirurgiens.

Je trace donc avec le bistouri une incision profonde, allant jusqu'à l'os, commençant un peu en avant de la division congénitale, longeant le rebord alvéolaire, dépassant en arrière le palais osseux et se terminant dans le voile à 8 ou 10 millimètres du bord de la voûte palatine.

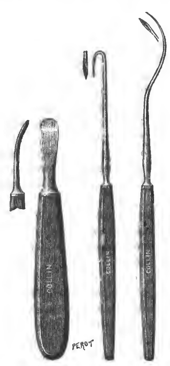
Si le sang ne coule pas avec trop d'abondauce, je décolle immédiatement le lambeau avec la rugine dont on trouvera la figure plus loin, rugine à contre-courbure dont l'action est des plus rapides. Quelques secondes suffisent et souvent, suivant une remarque extrêmement juste de M. Ehrmann, de Mulhouse, tout écoulement sanguin s'arrête dès que le lambeau est décollé de la voûte palatine.

C'est alors qu'il convient, avec une petite rugine courbe, mince, tranchant sur ses bords, de détacher ces fortes adhérences du bord postérieur de la voûte sur lesquelles j'ai insisté précédemment. La petite rugine est introduite par la plaie de l'incision libératrice, portée la courbure en bas sur le bord de la fente osseuse et promenée à plusieurs reprises et jusqu'à totale libération, jusque vers le crochet de l'apophyse ptérygoïde. Cette manière de faire est plus rapide et plus complète que celle qui consiste à employer des ciseaux ou des bistouris courbés. Partout où il y a des adhérences périostiques à détruire c'est la rugine qu'il convient d'employer.

Dès que ces deux temps sont accomplis, le lambeau est complétement mobilisé; il se laisse pousser sans le moindre effort jusque et au-delà de la ligne médiane et il ne reste plus qu'à répéter la manœuvre sur le côté opposé.

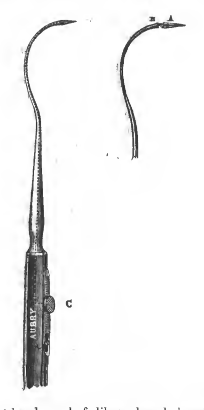
Mais souvent le sang coule avec assez d'abondance au moment de l'incision libératrice pour qu'il faille surseoir un moment à la suite de l'opération. La pression avec le doigt, avec une petite éponge, ou mieux un petit morceau de glace, arrête rapidement l'écoulement sanguin. Cette remarque avait déjà été faite par M. Ehrmann; je l'ai faite après lui, et nos deux collègues MM. Terrier et Nicaise qui avaient bien voulu m'assister dans l'une de mes dernières opérations, ont pu s'en rendre compte : cette hémorrhagie est plus effrayante que redoutable. Elle s'arrête vite et ne reparaît pas.

Et cependant vous voudrez bien observer, Messieurs, que par la longue incision que je trace et qui, dans mon esprit, est nécessaire pour obtenir une mobilisation convenable des lambeaux, l'artère palatine postérieure est presque infailliblement coupée. Après avoir tenu compte du conseil donné par notre collègue M. Tillaux, pour ménager cette artère, j'ai reconnu que son incision libératrice était trop courte pour les cas de divisions congénitales, que par suite, la réunion était compromise, et qu'en fin de compte, il fallait pousser l'incision jusqu'à mi-hauteur du voile. J'ai suivi cette pratique dans les quatre opérations qui m'ont donné quatre succès ; l'hémorrhagie a été facilement réprimée. Les faits de M. Ehrmann plaident dans le même sens. De façon que j'en viens à conclure qu'il ne faut pas s'effrayer outre mesure de l'artère palatine postérieure. Si on peut la ménager, tant mieux ; si on la blesse il n'y a pas grand mal. En tout cas, il faut obtenir absolument la facile mobilité des lambeaux, ou il n'y arrive pas sans l'incision que j'ai indiquée.



Je pratique la suture avec un fil d'argent très-fin et très-souple; et je place un point tous les cinq ou six millimètres. Pour la partie palatine, il faut avoir soin de dérouler les lambeaux qui tendent à

se recroqueviller suivant leur face supérieure. Avant chaque piqûre d'aiguille, je redresse le lambeau soit avec une pince à griffes, soit mieux avec un très-petit crochet, de manière à être bien sûr que le point est bien perpendiculaire aux faces du lambeau. Pour cette partie palatine, j'emploie les aiguilles recourbées en U que j'ai fait connaître à la Société il y a plus de dix ans et qui ont été adoptées par beaucoup de chirurgiens, par M. Rouge, de Lausanne, M. Duplay et d'autres. L'aiguille armée de son fil (dont la pointe ne devra être enfoncée dans le chas que de quelques millimètres pour pouvoir être facilement retirée) est portée à travers la division congénitale, enfoncée dans les narines de toute lu hauteur de sa portion recourbée, présentée au bord du lambeau et par un mouvement un peu brusque, attirée directement en haut à travers le lambeau, Avec une pince on retire le fil du chas. En répétant la même manœuvre du côté opposé, l'anse est dans les



fosses nasales et les deux chefs libres dans la bouche. Je ne connais rien de plus simple et de plus rapide.

Ces aiguilles ne sont plus convenables pour le voile à cause de

sa mobilité. Il vaut mieux le traverser d'avant en arrière. Je me sers de l'aiguille à plus grande courbure de la figure.

L'aiguille armée de son fil peu engagé, est portée à travers une des lèvres du voile, et conduite de manière que son chas se montre entre les deux lèvres. On retire alors le fil à l'aide d'une pince. Il y a trois manières de ramener le fil d'arrière en avant à travers l'autre lèvre. Pour moi, je me sers de la même aiguille sans fil : je l'introduis à distance convenable, d'avant en arrière à travers l'autre lèvre, et saisissant le fil avec une pince, je l'introduis dans le chas et je ramène l'aiguille avec son fil d'arrière en avant. Cette manœuvre est un peu délicate. Il est plus long mais plus facile de passer d'avant en arrière une anse de fil souple qu'on extrait du chas et dans laquelle on engage le fil métallique qui est facilement ramené en avant. C'est le procédé d'Auguste Bérard, appliqué à un seul côté. Enfin, on peut se servir commodément d'une aiguille à chas mobile que M. Aubry a exécutée pour M. Duplay et dont je donne la figure.

On introduit l'aiguille sans fil: on ouvre le chas mobile; le fil est aisément saisi et ramené. C'est ce qu'il y a de plus facile et de plus rapide, mais l'instrument est délicat.

Je n'emploie aucun appareil pour nouer ou serrer les points. Pour chacun d'eux, je croise les fils avec attention, de façon à ce que l'affrontement soit bien exact, je tors avec mes doigts et je coupe le tortillon à un centimètre. Tous ces tortillons sont appliquées parallèlement contre le palais ou mieux contre les lambeaux, de manière à ne pas les piquer. Je ne place aucune pièce de pansement dans la bouche.

Le premier jour, le malade boit quelques gorgées d'eau et le soir un peu de bouillon s'il le désire. Dès le lendemain on l'alimente avec des substances liquides en quantité suffisante.

Si les points sont trop serrés, je retire des fils le 2e, 3e ou 4e jour, mais *le 6e jour j'enlève tous les fils.* Cette ablation est des plus simples quand on a employé les fils d'argent très-fins et très-souples que je recommande. Il n'y a pas le plus léger tiraillement. Pendant six jours encore, le malade doit garder le repos, le calme et l'alimentation liquide ou demi-solide.

Quelquefois dans cette seconde période on voit se former une petite fistule. Il faut n'y pas toucher. Dans la majeure partie des cas, elle se comblera spontanément, parfois très-vite, d'autres fois en un ou deux mois. Si cela tarde, de légers attouchements au nitrate d'argent tous les huit jours activeront la réparation.

Je ne dirai que quelques mots des résultats et de la valeur de l'urano-staphyloraphie dans les cas de division congénitale. C'est une grosse question encore litigieuse; il me semble cependant que

la balance penche du côté de l'autoplastie contre la prothèse. Tout au moins les faits que je vous ai communiqués plaident fortement dans ce sens. Sur quatre malades, trois sont enchantés de leur opération ; ils en apprécient les bénéfices et font des efforts pour les augmenter. Un seul n'est pas satisfait, mais qui dit qu'après une année de bouderie, il ne se décidera pas à utiliser une bouche reconstituée? Mettons d'ailleurs que ce dernier n'obtienne rien par la suite et qu'il parle aussi mal qu'auparavant, les trois autres restent et sont des témoins vivants et convaincus de l'utilité de l'opération. Et d'ailleurs, peut-on mettre en parallèle, en supposant même qu'il fonctionne irréprochablement, un appareil coûteux, délicat, usant et menaçant les dents, avec une opération à résultat définitivement acquis et durable ? Pour moi, la pratique et la théorie sont ici d'accord et plaident en faveur de l'opération plastique.

Sans doute, il ne faut pas s'attendre à restituer aux opérés un langage correct. Quoiqu'on fasse, ils auront toujours un appareil palato-staphylien trop court dans sa mesure antéro-postérieure et certains sons demeureront toujours impossibles pour ce motif. Mais par l'éducation vocale, par la substitution de certaines lettres possibles à d'autres qui ne le sont pas, on améliorera dans une large mesure l'état des opérés. La gustation sera restituée, la déglutition corrigée, la sanité des cavités nasale et buccale rétablie et un langage intelligible sera conquis.

Ces bienfaits, visibles chez la plupart des opérés qui prennent un remarquable aspect de santé et de contentement, seront d'autant mieux appréciés que le malade sera plus intelligent et appartiendra à un milieu plus éclairé. Ses efforts seront plus assidus et mieux dirigés et la réforme de la parole sera d'autant meilleure.

Si même je m'en rapportais à mon expérience encore insuffisante, je dirais que l'amélioration sera d'autant plus grande au point de vue phonétique que le langage était meilleur avant l'opération.

Je m'excuse, Messieurs, de la longueur de cette communication, et cependant je n'ai fait qu'effleurer certains points et j'en ai laissé d'autres tout à fait à l'écart. Je n'ai rien dit de la question historique, elle a d'ailleurs été résolue définitivement par mon collègue et ami M. Verneuil; on la trouvera à la page 523 de son récent volume sur la *Chirurgie réparatrice*. Ce n'est pas un exposé doctrinal que je voulais faire devant vous ; vous êtes trop bien renseignés sur la question. Je voulais vous dire ce que les faits m'avaient appris et vous apporter le contingent de mon observation personnelle.

M. Tillaux. J'ai écouté avec intérêt la communication de M. Tré-

lat ; je ferai seulement quelques réflexions à son sujet. Je tiens d'abord à établir la distinction entre les divisions palatines congénitales et acquises.

Pour les divisions résultant de syphilis, de scrofule, certains auteurs substituent à l'opération l'emploi d'un obturateur. Je suis pour mon compte très-franchement partisan de l'opération. J'ai obtenu un certain nembre de succès.

Pour les divisions congénitales chez l'adulte, la question est plus délicate et eût mérité que M. Trélat l'eût abordée. J'ai souvenir d'un cas où, bien que l'opération ait réussi, le malade n'avait gagné qu'au point de vue plastique mais non sous le rapport de phonation.

Un de nos confrères américains me racontait qu'un de ses malades éprouvait une gêne telle par suite de l'opération, qu'il s'était fait diviser son voile du palais et s'était fait appliquer un obturateur par un célèbre fabricant de Berlin.

Aussi ai-je soin pour l'adulte de n'opérer les malades que lorsqu'ils le désirent absolument.

J'arrive à la médecine opératoire, et à ce sujet, je dirai que M. Trélat ne me paraît pas avoir très-bien saisi l'incision que je préconise et qui est tracée en dehors de l'artère palatine.

Je m'explique. Avant le procédé de Baizeau, deux accidents compromettaient le succès de l'opération, l'hémorrhagie d'une part et de l'autre la gangrène des lambeaux. Le grand mérite de Baizeau, c'est d'avoir évité l'hémorrhagie par la disposition de ses incisions ; mais, pour éviter la gangrène, il faut conserver les artères dans le lambeau. Ces artères sont au nombre de deux et quelquefois de trois ; la plus grosse est la palatine supérieure, branche de la maxillaire interne qui est située excentriquement et qui chemine de dehors en dedans. Je dis qu'une des conditions de succès est de conserver cette artère dans le lambeau et de faire l'incision par conséquent en dehors, au voisinage du rebord dentaire.

Je ferai une autre remarque. M. Trélat nous dit qu'il faut prolonger l'incision en arrière du canal palatin postérieur, et cela pour détacher les adhérences du lambeau au bord postérieur de l'apophyse palatine : je ne crois pas ceci nécessaire en raison de la manœuvre si bien décrite par M. Trélat, et qui consiste à détacher à l'aide de la spatule insinuée dans la plaie les adhérences palatines.

M. Trélat. Ce que vient de dire M. Tillaux au sujet des divisions acquises est avéré, la restitution de la parole est entière. Pour les indications dans le cas de fissure congénitale, j'ai moi-même répété combien c'était un sujet délicat, mais je ne les comprends pas comme le fait M. Tillaux. Non, ce n'est pas la conve-

nance du malade, ce n'est pas le plus ou moins de certitude de recouvrer la phonation, c'est surtout la condition sociale qui doit être une cause déterminante.

Pour faire choix d'un obturateur il faut pouvoir le payer ; il faut avoir recours à un dentiste ; il faut avoir des dents pour soutenir la pièce prothétique ; il faut enfin demeurer dans un centre où l'on peut avoir affaire à un homme de l'art.

Quant à la médecine opératoire, je dirai que je ne suis pas aussi effrayé que M. Tillaux de l'hémorrhagie et de la gangrène. Ce n'est pas parce qu'on ne ménage pas l'artère palatine supérieure que le lambeau se gangrène, c'est, ainsi que l'ont vu tous les opérateurs, parce qu'on n'a pas soin de doubler les lambeaux du périoste ; ceci est indiqué dans l'historique si parfait de M. Verneuil. L'explication que donne M. Tillaux est théorique ; Hermann, Smyth et moi-même avons coupé cette artère ; l'hémorrhagie s'arrête, les lambeaux vivent, mais les lambeaux meurent lorsqu'ils sont mal détachés, lorsqu'on n'a pas su leur conserver leur épaisseur normale ; si le lambeau est taillé méthodiquement il n'y a ni hémorrhagie ni gangrène.

En résumé, M. Tillaux raisonne bien au point de vue anatomique, mais non au point de vue clinique ; j'en appelle de notre collègue très-judicieusement guidé par l'anatomie, à ce même collègue éclairé par de plus nombreuses observations cliniques. Ce lambeau ne se gangrène pas pour plusieurs causes : en raison de la largeur qui est de 14 à 16 millimètres, en raison des artérioles du voile du palais, de l'artère palatine antérieure qui lui apporte du sang, en raison enfin des cas nombreux où, malgré la section de l'artère palatine supérieure, il ne s'est pas sphacelé.

M. Tillaux. Le tracé de mon incision ne complique en rien l'opération, et je crois qu'elle donne des chances de réussite ; c'est en cherchant justement la raison du succès de certaines opérations, de Ehrmann entre autres, que j'ai eu l'idée de me placer en dehors du canal palatin postérieur ; je n'ai pas dit qu'on aurait de la gangrène toutes les fois qu'on couperait cette artère, j'ai dit seulement qu'on pourrait l'avoir.

Je termine en posant en précepte que dans le cas où l'on a une perforation palatine même petite, il faut faire un grand lambeau et tracer des incisions libératrices au point que j'ai indiqué, c'est-à-dire le plus excentriquement possible.

M. Trélat. Je veux encore faire ressortir la distinction qu'il faut établir entre les divisions accidentelles et les fissures congénitales. M. Tillaux a raison pour les premières, mais pour les secondes je dirai que l'adhérence se fait au crochet de l'apophyse ptérygoïde

en raison de la brièveté de la voûte palatine; c'est pour cela que je prolonge mon incision sur le voile du palais.

Aussi suis-je de l'avis de M. Tillaux pour les divisions acquises, et j'accepte son raisonnement avec ses prémisses et sa conclusion, parce que le voile du palais a existé. Il n'en est pas de même pour les fissures congénitales où il y a atrophie des parties constituantes du voile.

M. Tillaux. Je répondrai à M. Trélat que pour moi il faut les mêmes débridements pour une fistule, même petite, que pour une fissure congénitale. Si l'on ne décolle pas en effet toute la voûte palatine on ne pourra rapprocher les lambeaux.

Lectures.

M. Lemée, de Saint-Sever-sur-Adour, donne lecture d'un travail intitulé : *Cas de dystocie par contracture du segment inférieur de l'utérus ; influence heureuse des narcotiques.*

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire,
Cruveilhier.

Séance du 4 juillet 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger ;

2° Une brochure de M. le Dr Wasseige sur *un nouveau pelvimètre ;*

3° Un volume intitulé : *Medical and surgical reports of the Boston city Hospital,* par MM. Cheever et Draper ;

4° M. Guyon présente de la part de M. le Dr Vibert, plusieurs brochures sur des sujets de chirurgie ;

5° M. Magitot offre un volume dont il est l'auteur, avec ce titre : *Traité des anomalies du système dentaire.*

Rapports.

Rapport oral de M. Delens sur les travaux de M. Jose-Pereira Guimaraes.

Les travaux remis à la commission sont de trois ordres : en premier lieu une thèse soutenue à la Faculté de médecine de Rio de Janeiro pour un concours et qui traite des opérations réclamées par la rétention d'urine. Cette thèse, dont le sujet a été imposé au compétiteur, offre à notre point de vue spécial le mérite d'appuyer ses conclusions sur des autorités scientifiques françaises.

Le deuxième travail traite de l'ainhum ; c'est une affection que l'auteur dit spéciale à la race nègre ; cinq observations sont rapportées, deux inédites et trois communiquées. Il s'agit d'une affection des orteils caractérisée par une gangrène à forme spéciale. Je ferai à l'auteur le reproche de n'avoir pas cité une thèse de Paris soutenue par M. Beauregard qui s'occupe de tous les cas où il y a formation d'un sillon aux orteils et aux doigts ; on y trouve consigné un fait de Miraut d'Angers qui serait le seul cas observé sur les blancs et qui a fait l'objet d'un travail de M. Verneuil.

La commission a reçu de plus trois observations redigées en français qui offrent un intérêt véritable.

La première a pour titre : *Anévrysme de l'artère fémorale : guérison spontanée après inflammation du sac.* Il s'agit d'un nègre de 50 ans, amputé de la jambe et qui présentait une tumeur anévrysmale de la cuisse, tumeur dans laquelle on fit une ponction, croyant avoir affaire à un abcès ; il sortit quelques petits fragments de caillots. L'inflammation a-t-elle été spontanée ou a-t-elle succédé aux manœuvres, toujours est-il que l'anévrysme guérit.

La deuxième observation a trait à un anévrysme de l'artère poplite droite, guérie au moyen de la compression indirecte et intermittente de la fémorale au pli de l'aine ; je ferai remarquer qu'à la compression M. Guimaraes a joint par moment la flexion forcée.

La troisième observation est intitulée : *Anévrysme de la carotide gauche;* application de l'électricité à la surface externe de la tumeur, le premier et le seul cas connu de l'emploi de ce procédé, de guérison.

Je reprocherai à l'auteur de n'avoir pas exactement indiqué quelle était la force de l'appareil électrique employé.

Faut-il admettre que le courant faradique employé seulement cinq fois et qui n'a agi que superficiellement ait pu déterminer la guérison de l'anévrysme ? Je crois bien plutôt que les muscles du cou, en se contractant sous l'influence du courant électrique, ont

produit une espèce de malaxation de la tumeur et amené le dépôt des caillots.

J'ajouterai en terminant que les observations adressées par M. Guimaraes sont bien prises, très-complètes, et que jointes aux deux travaux remis par l'auteur elles constituent des titres scientifiques sérieux.

Je propose donc : 1° d'adresser à l'auteur une lettre de remercîment ; 2° de déposer ses travaux aux archives.

Rapport oral de M. Tillaux sur un cas d'empyème pratiqué à l'aide du thermo-cautère,

par M. Féréol.

Le malade dont M. Féréol nous a communiqué l'observation était atteint d'une pleurésie, mais de plus il était tuberculeux.

Mon but est d'insister surtout sur le manuel opératoire.

Il fallut un quart d'heure pour arriver jusqu'à la plèvre, qui fut divisée par le bistouri. On nota le 3e jour un certain agrandissement de la plaie qui alla croissant jusqu'au moment où on vit le périoste de la côte se détacher dans l'étendue de 10 à 12 millimètres ; on put craindre même, d'après M. Féréol, de voir l'artère intercostale comprise dans la sphère des tissus escharifiés. Au 8e jour il y eut une hémorrhagie secondaire à l'angle postérieur de la plaie. Le malade succomba, mais à des causes indépendantes de l'emploi du thermo-cautère.

M. Féréol conclut que le thermo-cautère ne convient pas dans le cas d'empyème, et qu'on pourrait peut-être le réserver pour les cas où la pleurésie succédant à une gangrène il aurait l'avantage de mettre la plaie à l'abri de l'absorption. J'ajouterai que l'opération est rendue bien plus compliquée par l'emploi du thermo-cautère ; sa durée est bien plus grande, ce qui est un inconvénient dans une affection où le chloroforme est inapplicable ; l'emploi du bistouri n'a aucun des inconvénients signalés par M. Féréol.

M. Verneuil. Je puis apporter trois faits d'empyème pratiqués à l'aide du thermo-cautère et je conclus comme l'eussent fait MM. Féréol et Tillaux.

J'avais été conduit à employer dans le cas d'empyème le galvano-cautère par certains faits dans lesquels j'avais vu sortir par la plaie faite à la plèvre un liquide très-putride ; le soir le malade était mort. Il était possible que cette sidération fût due à une inoculation putride des lèvres de la plaie que l'on pouvait prévenir en employant le galvano-cautère.

Mon premier malade, que j'opérai à Lariboisière, était maigre, la paroi pectorale était peu épaisse et formait une voussure considé-

rable. Je fus assez satisfait, bien que l'opération eût duré de 4 à 5 minutes. Ma deuxième opération eut lieu chez un malade œdématié ; le galvano-cautère était éteint par la sérosité ; je tombai dans des fausses membranes et je ne pus arriver dans la collection liquide : le malade mourut peu de temps après.

Mon troisième malade, que j'opérai chez M. Lasègue, avait une fistule pleurale ; je me bornai à agrandir la fistule, et l'opération fut longue et douloureuse. En résumé le résultat de mon expérience concorde avec l'opinion émise par nos collègues.

M. Lucas-Championnière. Il me semble que la question apportée devant la Société est jugée depuis longtemps. Qu'est-ce en effet que le thermo-cautère appliqué à l'empyème? C'est ce qu'on faisait avant Ambroise Paré lorsque les opérateurs employaient le fer rouge pour pénétrer dans la plèvre ; aussi n'ai-je aucune tendance à essayer le thermo-cautère.

M. Tillaux. Je demanderai d'abord à M. Verneuil s'il a remarqué un agrandissement de la plaie quelques jours après l'opération.

M. Verneuil. Deux de mes malades sont morts trop rapidement pour que l'on pût observer ce phénomène.

M. Tillaux. Je répondrai à M. Lucas-Championnière que le fer rouge avait un inconvénient, c'était son rayonnement, dû, suivant certains auteurs, à ce que des paillettes se détachaient du fer. Le thermo-cautère déterminait-il oui ou non ce rayonnement ? C'est là la question, qui paraît résolue par l'affirmative, ce qui ne permet pas de se servir de ce cautère dans le cas d'empyème. Je demande à la Société de vouloir bien renvoyer l'observation de M. Féréol au comité de publication.

La conclusion du rapport de M. Tillaux est adoptée.

Rapport de M. Polaillon sur un mémoire de M. Pros.

Je viens expliquer devant la Société les raisons pour lesquelles je ne dirai que quelques mots sur ce travail. Le mémoire de M. Pros n'est que la confirmation d'un mémoire sur lequel un rapport a été fait. Notre confrère ajoute seulement à son appareil tracteur une tige métallique dans le vagin pour tirer dans l'axe. Ce perfectionnement n'a pas encore été expérimenté, et la commission a pensé qu'il fallait attendre que l'expérience ait prononcé sur l'emploi de ce moyen.

Rapport par M. Polaillon sur une observation de M. Pinard intitulée :

Insertion vicieuse du placenta (marginale). Hémorrhagie pendant les trois derniers mois de la grossesse. — Présentations successives de l'épaule et du siége. — Version céphalique par manœuvres externes. — Application de la ceinture. — Accouchement par le sommet en O. I. G. A. sans hémorrhagie.

Messieurs, dans la séance du 9 mai dernier, M. Pinard est venu lire devant nous une observation d'*insertion vicieuse du placenta*, qui intéresse la pratique des accouchements à plus d'un titre.

Il s'agit d'une femme de 21 ans qui était accouchée une première fois naturellement. Vers le 7e mois de sa seconde grossesse, étant au lit et sans avoir fait aucun effort, elle eut une perte de sang. Quelques jours après, encore pendant la nuit et pendant le sommeil, nouvelle hémorrhagie très-abondante, qui cesse spontanément, mais récidive bientôt et oblige la malade à entrer à la clinique. On reconnaît d'abord une présentation transversale. Trois jours après la présentation a changé, c'est un siége en S. I. Y. A. Depuis quelque temps la patiente souffrait dans le ventre et dans les reins, et ses douleurs ne faisaient qu'augmenter.

C'est dans ces circonstances que M. Pinard pratiqua la version céphalique par manœuvres externes.

L'opération est des plus faciles, et l'on constate d'abord une position O. J. D. P. et les jours suivants une position O. J. G, A. La tête est très-mobile et se laisse facilement repousser.

Dans le but de maintenir la présentation et la position, M. Pinard applique la ceinture abdominale qu'il a fait connaître à la Société. Dès lors la patiente se sent très-soulagée et les souffrances abdominales qui l'empêchaient de dormir cessent tout à fait. La bonne position du fœtus se maintient jusqu'au moment de l'accouchement qui s'accomplit spontanément 13 jours après la version par manœuvres externes. L'enfant mis au monde est un garçon pesant 3,610 grammes. Pendant tout le temps de la dilatation et de l'expulsion, la mère n'a pas perdu une goutte de sang. La délivrance a été accompagnée d'un écoulement sanguin qu'on peut évaluer à 500 grammes environ. Les suites de couches ont été normales.

En examinant le placenta, on trouva que la rupture s'était faite sur son bord. A cet endroit le placenta présentait des lésions qui attestaient des hémorrhagies antérieures : atrophie avec disparition presque complète des cotylédons ; à leur place, couche assez épaisse de fibrine stratifiée, d'aspect grisâtre. Cette altération, qui

mesurait 3 centimètres de largeur sur 11 de longueur dans le sens de la circonférence placentaire, indiquait que l'on avait eu affaire à une insertion marginale du placenta.

M. Pinard a accompagné l'observation que je viens de résumer de quelques réflexions dans lesquelles il fait ressortir la possibilité et l'importance de placer le fœtus de telle sorte qu'il se présente par le sommet.

L'insertion vicieuse du placenta, qu'elle soit centrale ou marginale, est une cause démontrée de la présentation du tronc. Si cette présentation persiste jusqu'à l'accouchement, la mère et le fœtus sont exposés à un double danger.

Hémorrhagie inévitable par décollement du placenta inséré sur le col, nécessité d'introduire la main dans la cavité utérine pour faire la version.

Mais si dans les derniers temps de la grossesse, ou avant le début du travail, on parvient par des manœuvres externes à échanger la présentation transversale, et même la présentation du siége, contre une présentation du sommet, on aura rendu un immense service. En effet, à mesure que le col va se dilater, le sommet appuiera sur l'orifice, comprimera le placenta contre les sinus béants, fera bouchon sur ces ouvertures vasculaires, et empêchera ou amoindrira ces hémorrhagies terribles qui se produisent nécessairement si le tronc se présente. L'observation de M. Pinard, ainsi que beaucoup d'autres, en sont une preuve. Et s'il devient urgent de terminer l'accouchement, une application de forceps aura beaucoup moins de gravité qu'une version.

C'est donc une indication impérieuse de faire la version céphalique par manœuvres externes toutes les fois qu'une présentation du tronc coïncide avec des hémorrhagies causées par l'insertion vicieuse du placenta.

Mais la grande difficulté de l'opération est de maintenir la bonne position donnée au fœtus. L'attitude couchée sur le côté, le ventre appuyant sur un coussin, la contention de l'abdomen par un bandage de corps serré sont des moyens d'une inefficacité complète. En 1848, un praticien dont nous avons le regret d'ignorer le nom (observation citée sans nom d'auteur dans la thèse de M. Réal, Paris 1852), imagina un procédé que je demande la permission de rappeler ici. Il s'agit d'une dame qui à ses deux premières grossesses avait eu une présentation de l'épaule, la version fut difficile et les enfants moururent. Une troisième grossesse s'étant manifestée, le praticien en question chercha à prévenir la récidive de la présentation de l'épaule de la manière suivante: « Je conseillai, dit-il, l'emploi d'un double bandage à pelotes, dont le ressort était disposé pour produire une pression transversale sur les parois laté-

rales de l'utérus. A mesure que la grossesse avança, on augmenta le volume de la pelote; mais on supprima bientôt le ressort et on se borna à mettre un bandage de corps suffisamment serré par dessus les deux pelotes latérales. Ce bandage resta appliqué même pendant la nuit, jusqu'à la fin de la grossesse. Le succès couronna complétement nos efforts, et la dame accoucha heureusement d'un garçon qui présenta le sommet. » M. Pinard est arrivé au même but par l'emploi chez sa malade d'une ceinture spéciale. Il serait à désirer que cette ceinture fût mieux connue, afin d'en vulgariser l'usage.

Enfin, Messieurs, mentionnons en terminant un dernier point du travail que nous analysons. L'auteur appelle l'attention sur « la cessation des douleurs ressenties par la femme aussitôt après la fixation de la tête en bas. » Il explique ce phénomène qu'il a, dit-il, observé 5 fois, par le changement de position de la tête qui comprimait douloureusement le fond de l'utérus avant que la présentation du siége fût changée. Cette explication ingénieuse demande certainement de nouveaux faits pour être acceptée.

Nous avons vu trop de grossesses avec une présentation du siége avoir jusqu'au terme un cours régulier et indolent, pour admettre que la situation de la tête vers le fond de l'utérus produise, à l'état normal, une douleur quelconque. Si cette douleur existe dans quelques cas, elle est exceptionnelle. Elle tient plutôt à un état maladif de la paroi utérine qu'à la présentation elle-même, et elle cesse plutôt sous l'influence du repos et de la contention égale de l'abdomen avec une ceinture que par la substitution du pelvis et des membres inférieurs à l'extrémité céphalique.

Communications

Contusion de la fesse. — Rupture de l'artère fessière. — Epanchement sanguin à répétition. — Forcipressure appliquée sur l'artère,

par M. Nigaise.

P... 41 ans, maçon, entre le 25 janvier 1877 à l'hôpital temporaire, dans mon service.

Ce malade a eu, il y a dix ans, au pouce de la main droite, une blessure par arme à feu, qui a donné lieu pendant un mois à des hémorrhagies multiples.

Il y a 6 ans, il tomba d'un 4e étage sur la fesse gauche; il en résulta un gonflement considérable et l'on passa quelques jours après deux drains en croix dans l'épaisseur de la fesse. Le malade resta 3 mois à l'hôpital, depuis il n'a rien ressenti dans cette région.

P... fit de nouveau, il y a 5 semaines, une chute d'un 3e étage encore sur la fesse gauche. En même temps il eut quelques contusions

sur le bras et la tête. Il resta couché chez lui et éprouva de la *polyurie* dans les premiers jours; cataplasmes. La fesse a augmenté de volume après l'accident, puis a diminué peu à peu.

Le 23 janvier, le malade se trouvant mieux essaye, de se lever, mais la fesse augmente tout à coup de volume et devient très-douloureuse, tellement que le 25 il entre à l'hôpital.

26 janvier. — On voit sur la fesse quatre cicatrices correspondant aux points où passaient les tubes à drainage; trois d'entre elles présentent une teinte noirâtre ecchymotique. La fesse est tendue, hémisphérique, légèrement œdémateuse; des douleurs vives se font sentir jusqu'au mollet. — Insomnie, accélération du pouls.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Dans les premiers jours, des ecchymoses se montrent sur la fesse, elles sont surtout marquées autour des cicatrices; elles disparaissent peu à peu, la tuméfaction diminue ainsi que les douleurs, sous l'influence du repos, des cataplasmes et des compresses d'eau blanche; Le malade est envoyé à Vincennes au bout de trois semaines.

Le diagnostic avait été: contusion de la fesse, avec épanchement sanguin, profond, fluctuant, sans battement ni souffle. Les ecchymoses survenues plus d'un mois après l'accident ne pouvaient être attribuées qu'à un nouvel épanchement sanguin produit au moment où le malade a essayé de se lever.

Lors du départ de P..., la fesse était encore augmentée de volume, mais il y avait une grande amélioration; on engagea le malade à revenir après sa sortie de Vincennes.

Il rentre dans le service le 2 mars.

La fesse est toujours globuleuse, fluctuante; il n'y a ni coloration anormale, ni œdème. Le toucher rectal ne donne rien. Des douleurs vives existent à la face postérieure de la cuisse, le long du sciatique, et à la jambe le long du sciatique poplité externe; il y a de l'anesthésie du bord externe du pied et d'une partie de la face plantaire correspondante; la marche est très-gênée.

L'état général est excellent, il n'y a pas de réaction du côté de la tumeur.

Les douleurs et la paralysie sont attribuées à la compression du nerf sciatique par l'épanchement sanguin.

L'augmentation de ces symptômes, la répétition de l'hémorrhagie, le siége de la tumeur qui l'exposent à des violences fréquentes, m'engagent à intervenir.

Le 5 mars, plus de 2 mois et demi après l'accident, une incision verticale de 2 centimètres est faite vers la partie interne de la tumeur; j'essaye par la pression de faire sortir les caillots; rien ne s'écoule; une sonde cannelée introduite par la plaie indique l'existence d'une vaste cavité. L'incision est portée à 4 ou 5 centimètres. Par la pression il sort une grande quantité de caillots, les autres sont détachés avec le doigt introduit dans la cavité; on rencontre aussi des tractus allant d'une paroi à l'autre, ils sont respectés; l'on sent la face postérieure de l'os iliaque au-dessus et jusqu'au niveau de l'échancrure sciatique.

En même temps que les caillots, il est sorti une petite quantité de sérosité sanguinolente, en tout 750 grammes. Les caillots sont noirâtres, cruoriques, sans stratification, mais consistants et assez durs; leur face externe est rougeâtre, moins colorée; elle adhérait aux parois de la poche.

Celle-ci est lavée avec une solution phéniquée au 50e; la plaie est fermée par 4 points de suture (fil d'argent); la fesse est comprimée par de la ouate et un spica.

Le soir, pas de douleurs dans la fesse; un léger frisson sur les 3 heures; 37°,2; 90 pulsations.

6 mars. — Bon état général et local, pas d'hémorrhagie; les douleurs le long du sciatique ont disparu, et à la sensation de chaleur qu'éprouvait le malade avant l'opération a succédé une sensation de froid. 37°,2; 90 pulsations.

Léger frisson vers 3 heures.

Ecoulement sanguin notable par les deux extrémités de la suture; 39°; 120 pulsations. A 7 heures, le suintement continuant, les sutures sont enlevées, la poche est vidée de ses caillots et remplie par des bourdonnets de charpie alcoolisée, fixés en cerf-volant; vessie de glace sur la fesse.

L'urine examinée donne une réduction manifeste de la liqueur de Fehling, 40°,2.

7 mars. — Le suintement continue, la charpie est laissée en place; avant d'intervenir plus activement on tente encore la compression sur la fesse avec une bande de caoutchouc; 48°,2; 120 pulsations. — Le malade a eu 2 selles dans la nuit.

L'écoulement diminue; à 5 heures la compression trop douloureuse est enlevée et l'on réapplique de la ouate et un spica; 39°; 132 pulsations.

8 mars. — Le suintement sanguin persiste; frisson; 38°,2; 120 pulsations. Je fais alors sur la fesse une grande incision cruciale taillant quatre lambeaux qui comprennent le muscle grand fessier atrophié par les lésions antérieures. Le fond de la cavité est ainsi largement découvert. Tous les caillots sont enlevés. Le point de départ de l'hémorrhagie est trouvé et un jet de sang assez volumineux s'échappe au niveau de la partie postérieure de l'échancrure sciatique, venant probablement de la branche superficielle de la fessière rompue au niveau du bord de l'échancrure sciatique. Je ne songe pas à y appliquer une ligature, mais je saisis le bout artériel avec une pince hémostatique; deux autres pinces sont appliquées dans le voisinage. Avec le thermo-cautère, plusieurs points saignants de la cavité sont cautérisés; quelques bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer sont en outre appliqués en certains points. Le tout est recouvert de charpie sèche, de compresses phéniquées, sans autre bandage.

La réduction de la liqueur de Fehling se montre encore, mais seulement quand on laisse déposer l'urine pendant quelques heures.

Le soir, 38°,4; 134 pulsations. Le malade est très-pâle, anémié, pas de selles.

Les jours suivants, la plaie est lavée avec de l'eau phéniquée et recouverte simplement de compresses phéniquées et d'un taffetas gommé ; c'est une sorte de pansement à découvert.

11 mars. — 39°,5, 40°.

Les pinces sont tombées trois jours après leur application. Le malade a eu deux frissons ; plusieurs garde-robes dans la journée.

12 mars. — 39°,4. Diarrhée qui dure jusqu'au 18, sans être considérable. La température redevient normale le 17. Les urines traitées par la liqueur de Fehling donnent de moins en moins de dépôt d'oxydule de cuivre, il disparaît le 17, avec la fièvre.

Les pansements furent faits avec soin; la plus grande propreté maintenue sur toute la région. Le régime du malade fut indiqué tous les jours; les médicaments employés furent le sulfate de quinine, l'extrait de quinquina, la potion de Tood et un peu d'opium. La diarrhée ne fut pas combattue les premiers jours.

Le malade a repris assez rapidement ses forces, la plaie marche régulièrement vers la cicatrisation.

27 mars. — L'état général est excellent; la plaie a diminué, mais vu ses dimensions, pour hâter la cicatrisation, je fais une suture avec des fils d'argent sur chacune des branches de la plaie cruciale. Puis pour diminuer la tension des fils, je rapproche les parties molles par une large suture sèche formée de bandelettes collodionnées auxquelles sont fixées des agrafes réunies par un petit tube en caoutchouc. Le centre de la plaie n'est pas suturé. Continuation des compresses phéniquées.

29 mars. — Le malade accuse de nouveau des douleurs dans la jambe et la plante du pied, avec hypéresthésie.

30 mars. — Une petite hémorrhagie se fait par un des points de suture; un stylet rougi est introduit dans l'orifice cutané; j'applique en outre une couche de collodion, l'hémorrhagie s'arrête.

7 avril. — Les fils tombent ou sont enlevés; la réunion immédiate secondaire des lambeaux a été obtenue ; il ne reste qu'une petite plaie au centre.

Le malade éprouve par moments des douleurs très-vives qui remontent jusqu'au genou.

23 avril. — Le malade commence à marcher; les douleurs du pied ont disparu ; zone douloureuse au-dessus du genou, élancements répétés ; anesthésie en ce point.

4 mai. — Un vésicatoire au-dessus du genou fait disparaître les douleurs.

22 mai. — L'état général est excellent ; le malade a repris ses forces. l'appétit est bon. Il reste quelques douleurs névralgiques à la plante du pied et aux deux doigts internes de la main droite. Pas de glycosurie.

Il va à Vincennes.

Je l'ai revu depuis; la guérison est complète, à part quelques douleurs au niveau du pied et de la jambe ; elles vont en diminuant.

Remarques. — Ainsi, en résumé, un homme de 41 ans, fait une

chute d'un quatrième étage sur la fesse gauche, il se produit un épanchement sanguin ; un mois après, lorsque le malade se lève pour la première fois un nouvel épanchement se produit tout à coup.

C'est alors que nous voyons le malade; il est traité d'abord par le repos et des compresses résolutives; puis, deux mois et demi après l'accident, la tumeur étant encore volumineuse, la marche, très-gênée par la compression du nerf sciatique, je me décide alors à intervenir, prenant en outre en considération le siége de la tumeur et la crainte de voir de nouveaux épanchements se produire.

Dans une première opération, je vide la poche et aucune hémorrhagie ne se produisant, j'exerce la compression. Mais le lendemain, l'hémorrhagie que nous craignions arrive, la compression est inefficace : c'est alors que l'on procède à la recherche de l'artère blessée en ouvrant largement le foyer sanguin.

L'artère rompue était une branche de la fessière, et comme la lésion siégeait au niveau du bord de l'échancrure sciatique, je dus appliquer sur l'artère une pince hémostatique qui fut laissée à demeure, au lieu de faire la ligature.

La plaie fut recouverte d'une simple compresse phéniquée; le malade eut quelques frissons, de la diarrhée, mais bientôt la plaie marcha vers la cicatrisation et 20 jours après l'opération, je suturai les lambeaux. La *réunion immédiate secondaire* fut obtenue ; et six semaines après il ne restait plus que quelques douleurs qui ont encore diminué depuis.

Il ne s'agit pas dans ce cas d'un anévrysme faux primitif, car il n'y avait pas communication persistante du foyer sanguin avec l'artère, mais d'un *épanchement sanguin* que l'on pourrait dire *à répétition*, puisqu'une nouvelle hémorrhagie se fit dans le même foyer, un mois après la première.

Dans ces cas d'épanchement sanguin de la fesse, je crois qu'il y a avantage à intervenir quand le sciatique est comprimé, et quand au bout de 2 à 3 mois les caillots persistent et cessent de diminuer; cette pratique est plus nécessaire encore s'il y a un épanchement sanguin à répétition.

Lecture.

M. Berger lit une observation de trachéotomie pratiquée à l'aide du thermo-cautère.

La malade est présentée à la Société.

Empyème pratiqué au moyen du thermo-cautère,

par le Dr Féréol, médecin de l'hôpital de Lariboisière.

En elle-même l'opération fut douloureuse et longue; elle dura 15 minutes, c'est au moins moitié plus qu'elle n'eût duré avec le bistouri ; mais peut-être cela tient-il, au moins en partie, au défaut d'habitude et à un peu de maladresse de l'opérateur qui se brûla l'index gauche assez vivement pour être obligé de céder le couteau à M. le Dr Raynaud, qui voulut bien m'assister dans cette circonstance ; celui-ci termina en quelques instants; la ponction de la plèvre fut faite avec le bistouri et complétée avec le bistouri boutonné. Aucune ligature ne fut nécessaire ; une artériole musculaire ayant donné un jet de sang, il suffit de la toucher avec le thermo-cautère pour obtenir l'hémostase ; sauf ce petit incident, on peut dire, que, jusqu'à l'emploi du bistouri, l'opération fut faite à sec.

Après l'incision de la plèvre, il y eut une hémorrhagie en nappe qui se fit dans l'angle antéro-inférieure de la plaie ; mais cette hémorrhagie n'eut que peu d'importance, et, après le lavage de la plèvre fait avec l'eau alcoolisée, elle s'arrêta spontanément.

Trois tubes à drainage réunis côte à côte par un fil qui les traversait, suivant le procédé de M. Moutard-Martin, furent introduits dans la plèvre, non sans quelque difficulté, l'ouverture de l'espace intercostal étant assez étroite ; et les fils furent fixés sur la poitrine avec du collodion. Lavages à l'eau alcoolisée, au moyen du siphon Potain.

Au bout de 5 à 6 jours, la plaie toujours grisâtre, et dont les bords étaient jusque-là tuméfiés, commença à s'aplatir et à s'étaler.

Le 8e jour, il se produisit une hémorrhagie assez abondante ; on voyait suinter le sang en nappe sur la surface de la plaie, devenue rosée à son angle postérieur; il en sortit même par les drains une assez grande quantité, sans qu'il fut possible de discerner si ce sang avait été versé dans la plèvre par la plaie, ou s'il provenait d'une hémorrhagie des fausses membranes pleurales. Cette dernière hypothèse me semble moins probable que l'autre.

L'hémorrhagie s'arrêta facilement, du reste, sous l'action d'un peu de perchlorure de fer étendu d'eau, et d'une compresse légère.

Dès le 3e jour de l'opération, la plaie commença à subir un agrandissement rendu très-sensible par la circonstance suivante. Les fils qui maintenaient les drains avaient été fixés par deux bandelettes collodionnées dont l'extrémité affleurait les lèvres de la plaie ; ces bandelettes se trouvèrent bientôt dans la plaie même; et

par 3 fois en 3 semaines il fallut les reculer pour que leur extrémité portât sur la peau saine.

Un travail ulcératif se fit dans le fond de la plaie ; le périoste fut détruit et l'os mis à nu sur la côte inférieure dans une étendue de 10 à 12 millimètres ; et l'espace intercostal dans lequel on avait eu de la peine à introduire les drains, finit par devenir largement béant.

Je veux bien que l'amaigrissement progressif du malade qui était miné par la fièvre hectique, et ne pouvait prendre aucun aliment solide, ait joué son rôle dans ces phénomènes; mais à coup sûr le travail ulcératif consécutif à la brûlure y a eu la plus grande part.

En résumé donc, opération longue, très-douloureuse; hémorrhagie secondaire; travail ulcératif consécutif; telles sont, dans ce cas, les valeurs négatives à inscrire au bilan de l'opération ; à son actif, je ne trouve que l'absence d'hémorrhagie primitive, et l'établissement d'une plaie dont la surface, au moins pendant la première semaine, n'offrait que peu ou point de chances d'absorption

Ce dernier avantage, qui serait considérable s'il n'était de si courte durée, mériterait seul d'entrer en balance avec les inconvénients sur lesquels j'ai insisté. Dans les cas surtout où la pleurésie est gangréneuse et les liquides pleuraux septiques, il y aurait certainement quelque bénéfice à espérer de l'usage du thermo-cautère.

Il sera bon d'ailleurs, eu égard aux tendances ulcératives de la plaie, de faire l'ouverture plus petite qu'on ne la pratique d'ordinaire avec le bistouri; ce sera du même coup une économie de temps et de souffrances pour le malade.

On fera bien de même de substituer le bistouri au cautère, lorsqu'on approchera de la plèvre, afin d'éviter que le rayonnement du calorique ne frappe de mortification le périoste, et peut-être même l'artère intercostale ; il y a là, en effet, un danger sérieux auquel j'ai songé en voyant les progrès de cette plaie dont les dimensions grandissaient chaque jour. Heureusement cet accident redoutable ne s'est point produit. Mais il me paraît possible; et ce danger me semble de nature à faire repousser l'emploi du thermo-cautère pour l'opération de l'empyème, à moins qu'il ne s'agisse de pleurésie gangréneuse.

On a contesté la fréquence des hémorrhagies secondaires à la suite de l'emploi de l'instrument nouveau ; je n'ai pas assez d'expérience pour formuler un avis; je n'ai encore vu que deux fois cet instrument ; mais les deux fois il y eut une hémorrhagie secondaire au 8e jour, c'est-à-dire au moment où les escharres commencent à se détacher. La première fois, il s'agissait d'une opération

de trachéotomie pratiquée par M. Krishaber, chez un de mes clients, un homme de 64 ans. L'observation est rapportée dans le *Recueil de laryngoscopie.*

La seconde est précisément le cas que je communique aujourd'hui à la Société de Chirurgie.

Il est juste d'ajouter que dans ces deux circonstances, l'hémorrhagie fut de peu d'importance et s'arrêta facilement sous l'action d'une compression légère.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire annuel,
CRUVEILHIER.

Séance du 11 juillet 1877.

Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend:

Les publications périodiques de la semaine de la France et de l'étranger.

1° *Les Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, pour le mois de juin.

2° Le rapport sur *le traitement rationnel des plaies* par la Société de chirurgie de Moscou.

3° Une étude historique et critique sur *le cathétérisme de la trompe d'Eustache*, par D.-M. Levi.

4° *Le Bulletin de la Société de médecine légale de France*, t. IV, 2e fascicule.

5° Sur *le Spondylozème*, par Hergott, de Nancy.

A propos de la correspondance.

M. GUYON présente, de la part de M. Krishaber, un conducteur destiné à favoriser l'introduction de la canule à trachéotomie; ce conducteur offre une extrémité analogue à l'extrémité des sondes uréthrales.

M. DE SAINT-GERMAIN. Je dois dire que j'ai vu M. Krishaber employer avec succès ce conducteur chez l'adulte, mais chez l'enfant je serais loin d'y avoir une foi absolue. C'est en effet un dérivé

du conducteur de Péan que je n'ai pu introduire même après plusieurs essais.

J'en suis revenu au dilatateur ; je craindrais, en effet, que l'emploi de ce conducteur, ne favorisât les fausses routes et n'en vînt à supprimer ce temps important de l'opération pendant lequel l'enfant en expirant à travers la plaie trachéale largement ouverte expulse les fausses membranes.

M. Després. Les canules à trachéotomie modifiées d'après les indications de Nélaton et de M. Barthez permettent l'introduction de la canule sans usage préalable du dilatateur. Pour ma part, dans toutes les trachéotomies que j'ai faites après mon internat à l'hôpital Sainte-Eugénie, et qui sont au nombre de 26, je ne me suis jamais servi de dilatateur sauf quelques cas, où il s'agissait d'enfants très-jeunes et quand j'avais une canule trop grosse.

La canule de Nélaton était taillée en biseau au dépens de la face latérale (un fait a été publié à cet égard, *Gaz. des hôp.*, fév. 1861); il introduisait la canule directement, le biseau écartait la plaie et la canule pénétrait avec la plus grande facilité. Pour éviter que le biseau de la canule blessat la trachée, Nélaton ne faisait tailler en biseau que la canule externe.

La canule modifiée par M. Barthez est celle qui est dans tous nos arsenaux des hôpitaux ; elle est taillée en biseau au dépens de la concavité; l'introduction de cet instrument est un peu plus longue mais elle n'est pas moins facile. On place le biseau dans l'incision trachéale; dans cette position, la canule est dans un plan perpendiculaire à l'axe de la trachée; aussitôt que l'air passe dans la canule on lui fait faire un quart de tour et dans ce mouvement la canule pénètre d'elle-même dans le canal aérien comme l'on fait pénétrer une sonde dans l'urèthre par le procédé du tour de maître.

Quand l'on possède des instruments aussi simples et que l'on peut si facilement placer, je ne vois pas l'avantage qu'il y a à renouveler les instruments introducteurs de Sanctorius, Dekkers et Bauchot ; Guersant, qui employait une sonde de gomme comme Mandrin, avait renoncé lui-même à son procédé : on renoncera encore aux réinventions de ces moyens d'introduction des canules.

M. Guyon. Je ferai observer à M. de Saint-Germain que l'emploi du conducteur de Krishaber n'empêche pas l'usage du dilatateur. Quant à la variété instrumentale qu'a signalée M. Després, elle prouve seulement que le temps de l'introduction est un temps difficile.

J'insiste sur le perfectionnement introduit par M. Krishaber et qui consiste à munir d'yeux le conducteur afin de permettre la libre circulation de l'air.

M. LE PRÉSIDENT déclare vacante une place de membre titulaire.

Communication.

De l'uranoplastie ostéo-muqueuse,

par M. LANNELONGUE.

Messieurs,

L'importante communication de notre collègue le professeur Trélat, a été principalement consacrée à l'étude du manuel opératoire de l'uranoplastie. Plusieurs points entre autres, ont été particulièrement et minutieusement examinés par lui; leur importance méritait cette attention; c'est en eux que se trouvent les réelles difficultés du procédé; et par le soin avec lequel notre collègue les a mises en relief, vous avez dû être frappés de leur importance. Ces difficultés mieux comprises, donnent à la méthode opératoire une sécurité beaucoup plus grande. Chemin faisant, notre collègue a touché à certains côtés de la question qu'il n'a pas cru devoir approfondir dans l'intention où il était de se borner à l'étude de l'uranoplastie de l'adulte. Je ne viens pas aujourd'hui reprendre dans son ensemble cette question; je viens vous demander seulement de vous exposer quelques résultats de ma pratique différente à quelques égards de celle dont on vous a entretenus. Au point de vue du procédé opératoire, il est nécessaire d'établir les distinctions suivantes dans les divisions congénitales de la voûte osseuse du palais. Dans les unes, la solution de continuité comprend toute la longueur de la voûte; dans les autres, elle est limitée à une de ses parties soit antérieure, soit postérieure.

Dans la division totale, le voile est lui-même entièrement divisé, qu'il soit accompagné ou non du bec-de-lièvre, d'un déplacement de l'os intermaxillaire, etc.

Les divisions partielles présentent un très-grand nombre de variétés dont on peut faire deux groupes principaux :

Un premier groupe des fissures antérieures est à part; il comprend les fissures de la voûte unilatérales, bilatérales et même les triples fissures avec médiane et deux latérales, qui commençent au bord alvéolaire et s'arrêtent en général au trou palatin antérieur. Bien que le traitement de ces fissures repose sur des considérations identiques à celles qui vont nous arrêter par les fissures postérieures; néanmoins je tiens à ne pas les comprendre dans ce travail par une raison qui les concerne uniquement. Très-souvent l'os intermaxillaire est déplacé et il existe aussi d'habitude un bec-de-lièvre simple ou double; or, il arrive fréquemment qu'on doit les opérer en même temps qu'on s'occupe du bec-de-lièvre.

Reste le second groupe : celui des fissures postérieures. Dans ce groupe le voile est toujours divisé, mais la fente de la voûte palatine est plus ou moins étendue, elle peut ne comprendre qu'une partie de cette voûte, se limiter aux os palatins comme M. Ehrmann en cite un exemple et comme j'en ai vu moi-même deux cas, ou s'étendra plus loin entre les maxillaires jusqu'au trou palatin antérieur, jusqu'à l'arcade dentaire elle-même.

Les divisions totales, ainsi que le groupe postérieur dont je viens de parler sont dites médianes ou bilatérales lorsque le vomer tombe au milieu de la fente, indépendant de tout rapport avec ses bords : elles sont unilatérales, lorsque le vomer s'insère sur l'un de ces mêmes bords. Je m'arrête dans cette description, car il n'entre pas dans mon plan de vous décrire les très-nombreuses variétés que peuvent présenter ces fissures, bien que ces variétés puissent entraîner des modifications dans le procédé opératoire que l'on doit appliquer.

Dans sa communication, notre collègue, M. Trélat, exprime l'opinion qui me paraît fort raisonnable qu'on peut opérer les petits malades dans un moment favorable à partir de l'âge de deux ans, entre deux et quatre ans. Comme un certain nombre de tentatives ont été faites à un âge moins avancé, et que, d'autre part, on a cherché à donner de bonnes raisons pour les expliquer, il importe que cette question de l'âge soit serrée de plus près. Les faits peuvent seuls autoriser un jugement positif; à leur défaut, on pourrait invoquer l'appui d'arguments plus ou moins valables, mais comme les faits existent, utilisons-les bien qu'ils soient en petit nombre. Quatre opérations d'uranoplastie ont été faites dans les premiers mois de la vie des sujets par Billroth, Simon, Rouge et Ottoweber. Le sujet de Billroth, opéré à 14 jours, meurt de pneumonie 12 jours après. Celui de Simon, opéré à 15 jours d'uranoplastie et de staphyloraphie en même temps, meurt de bronchite 29 jours après l'opération. Celui de Rouge, opéré à 8 jours d'uranoplastie, meurt de diarrhée 8 jours après. Enfin celui d'Ottoweber opéré à quatre semaines de la voûte et du voile, meurt 20 jours après de bronchite. Enfin, ajoutons qu'un enfant de 14 jours, opéré par M. Simon de staphyloraphie, mourut 26 jours après l'opération. Et comme complément de ces résultats, disons que, dans tous ces faits, il y eut désunion des parties, sauf dans celui de Simon où le palais parut rester réuni tandis que le voile s'était désuni. En résumé, cinq opérations, cinq insuccès et cinq désastres quant à la vie. Car, bien que la mort ne soit survenue qu'un certain nombre de jours après l'opération, il est bien difficile de ne pas penser que c'est à elle ou aux conditions dans lesquelles elle avait les sujets qu'il faut imputer les désastres. Ce qui

porte à penser cela, c'est que ces enfants, à part celui de Rouge, sont tous morts de complications pulmonaires, et l'on conçoit tout naturellement ces complications de la part d'une opération longue, laborieuse, accompagnée d'une perte notable de sang et intéressant une partie de l'appareil respiratoire.

Je communiquerai plus tard à la Société les observations de deux enfants que j'ai traités de deux fissures palatines avec saillie de l'os intermaxillaire ; ces deux enfants, âgés de 3 et 4 mois ont bien guéri, mais ils ont eu l'un et l'autre une bronchite qui s'est déclaré chez l'un trois jours après l'opération ; chez l'autre il survint le lendemain une laryngite sérieuse suivie de trachéo-bronchite.

Après le premier mois, dans le cours de la première année les résultats sont beaucoup plus satisfaisants, ils ne le sont pourtant pas au degré où ils le seront plus tard. Ainsi Billroth a opéré trois enfants : l'un à deux mois de l'uranoplastie ; il y a eu désunion et insuccès complet ; le second a été opéré à sept mois : uranoplastie et staphyloraphie en une seule séance ; le succès a été complet. Enfin à un an, chez un enfant qui avait une division du voile et de la voûte, une première fois Billroth réunit le voile avec succès, mais il eut un insuccès dans la seconde séance concernant la voûte palatine. Simon opéra à cinq mois un enfant atteint de division palatine par l'ostéoplastie osseuse, l'insuccès fut complet. Il opéra enfin à neuf mois un second enfant par l'uranoplastie, il y eut bien désunion mais une réunion secondaire fut possible et le résultat fut heureux. Ainsi, dans le cours de la première année, cinq opérations, deux insuccès, mais pas de mort. On est tout de suite frappé par ces différences dans les résultats du premier mois et des mois qui suivent pendant la première année. Et quoiqu'une statistique si peu nombreuse ne permette pas de porter un jugement définitif, néanmoins, elle m'a paru bonne à connaître. C'est sans doute cette différence si frappante dans les résultats, qui fait conseiller à certains chirurgiens de pratiquer l'opération de l'uranoplastie vers le sixième mois de la vie ou immédiatement après cet âge. Simon a même cherché à établir par des chiffres que la gravité du vice de conformation dont je parle, est telle que les enfants qui en sont atteints, sont moins exposés à la mort par une opération faite vers le sixième mois, que si on les laisse vivre conformés comme ils sont. Mais sa statistique m'a paru très-insuffisante pour juger la question, et, en tout cas, on comprend difficilement, que si les enfants ont survécu jusqu'à six mois aux difficultés de l'alimentation, et au danger où les expose une cavité par où l'air s'engouffre, ils ne puissent pas résister aux mêmes influences après cet âge ; ou alors, il faudrait admettre que la difformité les a mis dans un tel état, que l'opération elle-même ne serait plus pos-

sible sans faire courir à leur vie le plus grand danger. Au surplus, sa statistique ne comprend qu'une douzaine de faits ; en vue de corroborer cette assertion, j'ai observé, jusqu'aujourd'hui depuis dix mois, huit exemples d'enfants venus au monde avec une division de la voûte palatine et du voile ; deux sont morts, l'un à trois mois, l'autre à quatre mois : les six autres vivent : quatre ont subi différentes opérations : deux une opération du double bec-de-lièvre avec double fissure palatine antérieure ; un, la simple opération du bec-de-lièvre double ; un quatrième, l'opération du bec-de-lièvre simple avec division de la voûte palatine antérieure. Opposant statistique à statistique, celle-ci ne serait pas favorable à celle de Simon qui fait remarquer que sur sept enfants qui lui furent présentés avant l'âge de cinq mois, un seul, opéré avec succès du bec-de-lièvre, huit jours après la naissance, dépassa le terme de cinq mois.

Ainsi je ne puis pas accepter comme Rouge, que l'uranoplastie soit une opération d'urgence, et je crois, par suite, qu'il ne faut la pratiquer que lorsque l'enfant se trouve dans des conditions favorables. Or, ces conditions sont-elles réunies dans le cours de la première année, après le huitième mois comme le pensent Billroth et Simon. Je ne le pense pas encore. Si vers cette époque la mortalité ne paraît guère plus grande que chez l'adulte, le chiffre des insuccès est trop grand pour qu'on puisse la conseiller à cet âge. Je crois que c'est plus particulièrement vers trois et quatre ans qu'elle trouve plus exactement ses indications. C'est aussi l'âge où la staphyloraphie commence à prendre des chances de succès.

Une autre raison m'engage à préférer cet âge. Les enfants ont à peine parlé avant cette époque ; on pourra donc commencer leur éducation au point de vue de la parole immédiatement après la réussite opératoire ; et l'on n'aura pas ainsi à corriger les imperfections d'une habitude déjà prise.

Il n'entre pas dans ma pensée de vous décrire à nouveau le procédé en double part ; mais vous me permettrez de vous rappeler celui qui a occupé Fergusson dans les dernières années de sa vie. Ce procédé ne lui appartient pas puisque Duffenbach avait déjà donné le conseil suivi par plusieurs chirurgiens, Wutzed, Langenbeck, Buhring, G. Simon, de réunir des fragments osseux taillés dans la voûte avec la scie ou le ciseau. Mais il était oublié lorsque Fergusson le reprit en 1874 et l'appliqua un très-grand nombre de fois, plus de quatre-vingt fois en peu de temps. Ayant à vous exposer un certain nombre de résultats obtenus par ce procédé, je vous demande la permission de vous le décrire. L'avivement se fait comme dans le procédé de Baizeau, Langenbeck, Wassen ; il y a pourtant cette différence, qu'ici il doit être plus profond, compren-

dre en un mot une plus grande épaisseur du bord; de plus, vers l'angle, il importe de ruginer plus profondément cet angle, et, quand il est très-arrondi, de le rendre plus aigu comme je le conseille par l'adjonction d'une petite incision verticale au delà de la fente. Dans un 2e temps, on fait sur la voûte, avec un scapel, deux incisions dépassant en longueur, en arrière et en avant, les limites de la fissure osseuse. Chacune de ces incisions est placée de chaque côté à une distance de la fente qui égale la moitié de la distance qui sépare le bord de la fente de l'arcade alvéolaire. Pour calculer la place que doivent occuper ces incisions, je procède un peu différemment; avec un stylet recourbé je mesure la largeur de la portion horizontale de chaque moitié du palais, et c'est un peu en dedans de cette limite que je fais mes incisions. Les incisions pratiquées avec le ciseau et le maillet on fend la voûte et on arrive dans les fosses nasales. Suivant l'étendue de la division osseuse on recommence cette manœuvre en procédant d'arrière en avant. Dès qu'on a obtenu le résultat, on rapproche avec force les deux moitiés du palais et on place en contact les bords avivés, les deux moitiés du voile se rapprochent en même temps. Il n'y a plus qu'à procéder à la suture. Dans une première série de cas, Fergusson faisait le rapprochement de ces lambeaux ostéo-muqueux en passant ses fils dans les nouvelles incisions latérales; mais il ne tarda pas à reconnaître quelques inconvénients à ce procédé; celui en particulier d'avoir quelquefois un renversement de lambeaux au lieu d'un affrontement bord à bord; il y renonça donc après quelques essais, pour faire ensuite la suture osseuse proprement dite: il prenait la précaution dans ces cas, de perforer la voûte le long de la fente avant la confection de ses lambeaux. Dans une de ses dernières publications, le chirurgien anglais préconise même l'affrontement sans suture. Pour obtenir ce resultat, il se borne à remplir de bourdonnets de charpie les trous latéraux qui font l'office de tampons et maintiennent en contact les bords avivés des lambeaux. Je n'oserais pas, pour mon compte, souscrire à cette dernière pratique sans y apporter la vigilance la plus grande, et il suffit de la mentionner pour voir quels sont ses dangers; néanmoins, il y a des cas où le rapprochement des lambeaux se fait si aisément que l'on comprend qu'elle soit venue à l'esprit du chirurgien anglais.

Malgré quelques inconvénients de la suture simplement muqueuse pourtant, c'est à elle que jai eu recours en prenant des précautions, comme celle de rapprocher les fils très-près de la solution de continuité et de les appliquer superficiellement, en même temps que je place peu de fils, laissant faire aux petits tampons le rôle d'auxiliaires de rapprochement. — Les points à

noter pendant l'application de ce procédé sont les suivants : 1° hémorrhagie très-considérable lorsqu'on arrive avec le ciseau dans la cavité nasale ; c'est une irruption de sang dans la bouche et dans le pharynx, qui a d'abord un caractère effrayant ; mais en général elle cesse promptement par la simple application du doigt sur les lambeaux ; 2° les manœuvres que l'on fait pour obtenir, dans les lambeaux ostéo-muqueux, cette liberté nécessaire à leur rapprochement, sont des manœuvres de force, presque violentes, qui doivent aboutir à la fracture des os près de leur extrémité antérieure, et en déployant cette force, il m'est arrivé d'avoir la crainte de briser l'arcade alvéolaire sur laquelle prenait point d'appui mon levier. Ce sont les principales difficultés ; j'ajoute qu'en faisant la suture, il faut penser à ne pas séparer la muqueuse palatine des os compris dans chaque lambeau ; on s'exposerait ainsi à des nécroses ultérieures. — Tel est le procédé ostéo-muqueux qui, dans la comparaison qu'on doit en faire avec le procédé simplement muqueux de Boizeau, Varrin, Langenbeck, se présente avec des avantages qui le recommandent et des marques d'infériorité qui lui sont défavorables.

Les avantages sont les suivants :

On confectionne des lambeaux mieux appropriés aux chances d'une réunion ; car ces lambeaux sont plus épais, mieux nourris, et leur affrontement se fait, non plus suivant une simple ligne d'avivement, mais suivant un bord plus épais qui comprend trois plans : la muqueuse palatine, les os et la muqueuse nasale. En outre, une fois mis en contact, ils sont moins exposés à l'une des causes d'insuccès les plus communs dans l'urano-staphyloraphie, la désunion secondaire provenant de cette tendance qu'offrent les lambeaux simplement muqueux, à être toujours ramenés en dehors. Enfin, au point de vue du résultat plastique, je crois que la voûte osseuse est mieux rétablie. Osseuse et dure sur la ligne médiane, il ne reste d'interruption dans la continuité des os que sur les parties latérales au niveau des incisions libératrices. Là se forme un tissu fibreux, doux, résistant, qui assure la résistance définitive des os en remplissant le vide qui les sépare.

Se fait-il à ce niveau du tissu osseux ? J'en doute, et l'examen minutieux que j'ai fait de deux de mes opérés, plus d'un an après l'opération, m'a fait reconnaître une très-faible mobilité, il est vrai ; mais je la crois incompatible avec une réunion par du tissu osseux. En tout cas, la résistance de la voûte est devenue telle qu'elle ne s'oppose à aucun des actes de la mastication.

Au point de vue de la phonation, ce procédé donne-t-il de meilleurs résultats que celui de Langenbeck ? Les faits que j'ai observés me permettent de répondre que cela n'est pas. Car s'il

est reconnu, que par l'un et par l'autre procédé, l'amélioration du langage peut être portée à un très-haut point, il me semble aussi démontré qu'on n'arrive jamais à rétablir la phonation dans son intégrité. Je n'ai pas l'intention de rechercher les causes qui expliquent pourquoi le son de la voix reste défectueux et toujours un peu nasillard dans ces cas; ce sujet a été traité à peu près complétement et un grand nombre de fois par les chirurgiens et les physiologistes qui se sont occupés de la question.

Il est très-regrettable que Fergusson n'ait pas donné des détails plus circonstanciés sur les résultats qu'il a obtenus : ces résultats se composent de 82 opérations, qu'on doit diviser en deux catégories : la première, qui comprend 36 cas, s'adresse à des malades déjà opérés une ou plusieurs fois ; la seconde série de ses 56 opérés n'avait pas subi d'opérations antérieures. Or, sur ces 82 cas, Fergusson parle à peine de quelques insuccès définitifs ; mais il insinue que lorsqu'il est resté quelques défauts, ils ont été amendés par une ou plusieurs opérations successives ; il cite même un cas où un insuccès complet s'est produit après une troisième opération.

Ces faits comprennent à la fois des divisions congénitales et des divisions accidentelles pour lesquelles Fergusson n'établit pas de différence. Ceci me conduit à parler des indications qui me paraissent conduire à donner la préférence au procédé de Fergusson.

Occupons-nous d'abord des solutions de continuité accidentelles. On sait combien sont fréquents les échecs par le procédé de Langenbeck.

La substitution d'un tissu cicatriciel à un tissu muqueux ; l'amincissement quelquefois extrême offert par la muqueuse ainsi modifiée et par suite une vitalité insuffisante, telles sont les conditions que l'on rencontre souvent et qui expliquent de fréquents insuccès. Le procédé ostéo-muqueux me paraît ici présenter des avantages incontestables. Entre toutes les divisions accidentelles de la voûte palatine, celles qui sont allongées, auraient-elles jusqu'à 2 centimètres de longueur, si elles n'ont pas des dimensions transversales très-considérables, me paraissent les plus favorables à l'application du procédé.

Les divisions congénitales où cette méthode m'a donné les meilleurs résultats, sont celles où la fente osseuse n'est pas très-longue, ne s'étend pas au delà de 1 à 2 centimètres en longueur. J'ajoute que si dans ces cas, l'écartement des bords de la fissure est très considérable, ces faits sont très-désavantageux pour le succès de l'opération de Bezault, Warren de Langenbeck; le degré de tension que l'on fait subir aux lambeaux muqueux pour les maintenir en contact, les expose à une désunion probable. On peut encore considérer comme étant dans le même cas, les exemples,

assez nombreux, où la voûte est très-plate. Pour ceux-ci comme pour les précédents, le procédé Fergusson se présente avec quelques avantages.

En est-il de même pour les fissures plus étendues de la voûte palatine.

Les faits tirés de mon expérience, et je dirai aussi, la manière peu précise avec laquelle Fergusson donne ses résultats, autorisent à penser qu'il est inférieur au procédé ordinaire. Il faut aussi signaler qu'il reste comme une ressource précieuse pour les cas qui ont déjà subi une opération antérieure. Enfin, il est une circonstance où l'emploi du procédé se présente avec l'apparence d'une impossibilité ; c'est celle, assez fréquente, où le vomer s'implantant sur un des bords de la fente, viendrait à s'opposer au déplacement du lambeau ostéo-muqueux de ce côté. Cette particularité n'avait pas arrêté Fergusson qui en parle et n'hésite pas à pratiquer le transport des lambeaux ostéo-muqueux.

Néanmoins ces difficultés avaient dû le frapper, car il propose dans son travail l'union d'un lambeau ostéo-muqueux avec un lambeau simplement muqueux.

J'ai eu l'occasion de recourir deux fois à cette dernière modification de la méthode opératoire (Obs. III et obs. IV).

Mes opérés sont au nombre de huit, six fillettes, et deux garçons; le plus jeune avait 4 ans 1/2, la plus âgée 18 ans. Sur ce nombre il y a 5 guérisons complètes ; un insuccès total ; un deuxième résultat incomplet (Obs. IV) auquel je croyais difficile de porter remède; mais l'observation que j'en fais chaque jour, car l'enfant est dans mon service, me fait espérer une guérison spontanée ou au moins la possibilité d'une nouvelle tentative. Le 3e insuccès est curable (Obs. VII.). Je dois aussi une mention à l'opéré (Obs. III), auquel il reste un trou qui je l'espère guérira spontanément, car il est certainement plus petit que la tête d'une épingle et l'opération ne date pas encore d'un mois. S'il persiste encore quelque temps, j'en aviverai les bords et j'appliquerai un point de suture. La statistique que je suis venu vous communiquer, n'offre pas, comme vous le voyez de résultats surprenants, bien que pourtant, on puisse, je crois, les rapprocher de ceux qui concernent le procédé en double point. De ces trois résultats défectueux, l'un est un échec complet, c'est celui d'une fille de 16 ans, qui incomplétement endormie, a brisé son baillon au milieu de l'opération et l'exécution est venue à la fin tellement laborieuse que j'ai été plusieurs fois sur le point d'y renoncer. Les deux autres ont donné un succès partiel; il reste pour l'observation VII une ouverture qui nécessitera une deuxième intervention. Enfin, le 3e opéré (Obs. IV), il y a du côté droit, à niveau d'une des incisions latérales, une ouverture des

dimensions d'un pois, qui communique sous le pont du milieu avec les fosses nasales : les parois de cet orifice bourgeonnent et peut-être guérira-t-il spontanément. Cet enfant a subi deux opérations. En outre, du côté gauche, ces jours derniers, j'ai détaché encore une lamelle osseuse bien que l'ouverture communiquant avec le nez soit fermée. Au résumé, cet enfant peut maintenant guérir spontanément, mais il ne l'est pas encore et je le considère comme un insuccès partiel de la voûte.

A l'exception d'un de mes opérés (Obs. I), tous les autres ont subi dans une même séance l'opération de la voûte palatine et du voile du palais ; chez tous les huit, la réunion du voile a été heureuse ; un seul a conservé une luette bifide. Les échecs se bornent donc aux insuccès de la voûte palatine que je viens de signaler.

Obs. I. — Pauline Rousseau, âgée de 14 ans. — Entrée dans mon service le 27 mars 1876, sortie le 7 septembre.

Division congénitale de la voûte et du voile du palais. La division de la voûte est unilatérable et comprend toute l'étendue de cette voûte ; elle est placée sur la ligne médiane en arrière, et occupe cette position jusqu'à 1 centimètre 1/2 du bord alvéolaire, où elle se dirige à gauche séparant ce bord entre les 2 premières incisives du côté gauche. L'intervalle qui sépare les 2 bords de la solution de continuité est de 1 centimètre au niveau du bord alvéolaire, puis l'écartement augmente ; il est de 1 centimètre 1/2 vers le milieu, il se rétrécit un peu en arrière au niveau des apophyses palatines. Les deux moitiés de la voûte forment chacune un plan très-incliné ; elles sont symétriques et d'une longueur à peu près égale ; leurs dimensions transversales surpassent pour chacune de 2 millimètres environ la largeur de la fente à son milieu. Le vomer s'implante sur le bord droit de la fente, il cesse d'exister à 1 centimètre de l'extrémité postérieure de la voûte osseuse ; sa direction est très-oblique et offre une surface assez étendue, très-visible par la fissure de la voûte palatine. Les deux moitiés du voile plus écartées que celles de la voûte sont assez épaisses. Cette jeune fille parle d'une façon que l'on peut dire être inintelligible, il faut prêter une attention qui lasse vite pour comprendre ce qu'elle dit. La présence d'un vomer bien développé, dirigé obliquement, me paraissait favorable à l'emprunt d'un lambeau sur sa surface gauche, pour combler une partie de la voûte ; je décidai que je commencerais la série des restaurations par cet emprunt. Le 14 mai 1876, après avoir endormi l'enfant et mis le baillon de Smith, je procédai à cette opération. Une incision fut pratiquée sur le contour libre du vomer au niveau de son bord postérieur ; cette incision de 2 centimètres d'étendue tombait de haut en bas sur le bord adhérent du vomer et s'arrêtait à l'union de ce bord avec la voûte ; elle ne comprenait pas la muqueuse. Une seconde incision verticale, à peu près parallèle à la précédente, fut pratiquée en avant, aussi près que possible de l'arcade dentaire, sur la même face du vomer ; comme la précédente, elle s'arrêtait au bord

adhérent de cette cloison. Puis les extrémités supérieures de ces deux incisions furent réunies par une troisième incision horizontale, dirigée parallèlement au bord adhérent du vomer et à une distance de centimètres environ de ce bord. Ainsi fut dessiné un lambeau muqueux rectangulaire qui fut rabattu de haut en bas, après avoir séparé la muqueuse de son support. Cette séparation fut faite facilement avec rugine mousse légèrement coudée; elle donna lieu à un médiocre écoulement de sang. Le lambeau détaché restait adhérent au niveau de l'insertion du vomer sur la partie droite de la fissure dans une étendue de plus de 3 centimètres. Dans un second temps, un avivement fut pratiqué sur la muqueuse palatine du côté gauche de la fissure, depuis le bord alvéolaire, dans une étendue d'un demi-centimètre, en travers et dans le sens antéro-postérieur, dans une étendue de plus de 3 centimètres, de manière à recevoir la surface saignante du lambeau rabattu. Celui-ci, jouant comme le ventail d'une porte vint s'appliquer sur la muqueuse avivée. Cet avivement fut fait avec soin, sans inégalités et assez superficiellement. Trois points de suture métallique furent placés pour maintenir les surfaces en contact, aucune autre précaution n'était à prendre. Dans les jours qui suivirent, aucun accident ne se produisit, il n'y eût qu'un gonflement médiocre dans le lambeau, la réunion se fit bien. Un premier fil fut retiré cinq jours après l'opération; les deux autres, l'un le lendemain, l'autre le surlendemain. Au bout de huit jours l'union était bien faible, elle s'est consolidée de plus en plus dès ce moment. Il s'est passé dans les jours qui ont suivi, un fait qui a sa signification. Le lambeau a subi un mouvement de retrait et de tassement qui l'a ramené à des dimensions plus exiguës, mais il ne s'est fait aucune désunion. Il a conservé sa couleur rouge due à la vascularisation de la muqueuse nasale.

Malgré ce déplacement, la muqueuse nasale a continué à conserver ses fonctions : les premières 48 heures passées, nous constatons qu'elle sécrète un produit visqueux, adhérent et formant de petites croûtes qui tombent dans la bouche et sont remplacées par de nouvelles. Cet état persiste encore au mois de février de cette année, c'est-à-dire, 10 mois après l'opération. La malade qui fait le sujet de cette observation a été présentée à la Société de Chirurgie, en 1876.

Après cette première opération, il restait à restaurer une portion de la voûte de près d'un centimètre d'étendue ainsi que la partie ouverte du bord alvéolaire. Le 8 juin 1876, après avoir donné du chloroforme à la malade, je procédai dans une même séance à la restauration de la partie postérieure de la voûte ainsi que du voile du palais. J'eus recours pour la voûte au procédé ostéo-muqueux.

1er temps. J'avivai les bords du voile du palais et de la partie postérieure du lambeau nasal qui leur fait suite. — 2e temps. Deux incisions latérales sont pratiquées sur la voûte à 7 ou 8 millimètres des bords de la fente; elles dépassent en avant le niveau de l'ouverture et elles sont prolongées en arrière sur le voile en se dirigeant en dehors dans un demi-centimètre environ. Avec le ciseau et le maillet, je traverse la voûte osseuse par chacune de ces incisions latérales et je pénètre

dans les fosses nasales. L'hémorrhagie est extrêmement abondante à ce moment et suspend l'opération. La compression avec le doigt l'arrête. — 3e temps. Les lambeaux ostéo-muqueux sont amenés l'un vers l'autre de manière à mettre en contact leurs parties avivées; cette manœuvre faite à l'aide de spatules exige de la force, car elle doit entraîner la fracture des os en avant. Lorsque l'affrontement est obtenu, je place de petits morceaux d'amadou faisant tampon dans les plaies latérales. Six points de suture métallique sont appliqués : deux sur la voûte, un troisième à sa jonction avec le voile, et trois sur le voile. Les points de suture sur la voûte ne comprennent que la muqueuse. Enfin, après cette suture, section des piliers antérieurs et du repli de la muqueuse qui se jette sur l'arcade alvéolaire, et section des piliers postérieurs.

Le lendemain, je trouve cette enfant dans un état d'affaissement très-marqué, elle a perdu beaucoup de sang pendant l'opération, elle a vomi plusieurs fois la veille au soir du sang noir. La suture tient bon. La fièvre est assez vive, les lambeaux sont un peu gonflés; je remarque au niveau de la suture du voile un exsudat grisâtre ainsi que sur les plaies des incisions libératrices. Ces parties sont touchées plusieurs fois par jour avec un pinceau très-fin trempé dans du jus de citron. C'est la pratique à laquelle j'ai recours lorsque je vois apparaître ces exsudats que j'ai toujours rencontrés. Je fais prendre une alimentation liquide en quantité modérée. Le 10, 2 jours après l'opération, l'état est à peu près le même; la réunion a l'air de tenir. Le 12, 2 jours après, j'observe qu'un des points, le 4e sur le voile, semble mobile; après avoir détaché une plaque grisâtre qui le recouvrait, je l'enlève et je constate une désunion en long de 2 millimètres environ. Le 14, cette désunion a augmenté. J'enlève 2 fils de la voûte. Le 15, j'enlève le fil de sa luette et le dernier fil de la voûte, et le 17 le dernier de tous les fils. La désunion me paraissait avoir accompli son œuvre depuis 2 jours.

Elle laissait un trou ovale de la dimension d'un grain de riz. Ce trou siégeait sur le voile un peu au-dessous de la voûte restaurée.

Dans les plaies latérales j'avais placé 3 petits tampons d'éponge; ils sont retirés le 10, 2 jours après l'opération; ces plaies suppurent, puis elles se couvrent de bourgeons et enfin se retrécissent; peu à peu elles cessent de laisser passer les mucosités nasales et sont cicatrisées complétement le 30 juin.

3e opération le 3 février 1877. J'avive les bords du trou et j'applique 2 points de suture. Je fais 2 incisions latérales parallèlement au trou, à 1 centimètre de distance, afin de réagir contre les tractions cicatricielles des opérations antérieures. L'un des fils est enlevé le 10 février, l'autre le 12 et en définitive la guérison est obtenue. Cette enfant a quitté l'hôpital, elle a sa voûte entièrement restaurée sauf le bord libre où il sera nécessaire de mettre un obturateur. La vaste solution de continuité de la voûte est restaurée en partie par le lambeau muqueux nasal, en partie par le déplacement des os en arrière.

Je l'ai revue 4 mois après la dernière opération et voici le résultat.

Le lambeau nasal, toujours rouge, sécrète des mucosités nasales. En arrière de lui la voûte est dure et très-dense et offre une grande résistance; le voile très-remonté offre les cicatrices des opérations antérieures; il est très-court dans le sens vertical et jouit de mouvements très-limités. La prononciation est mauvaise, très-défectueuse en dehors des difficultés qui sont encore un des traits saillants dans les résultats obtenus; elle nasonne très-fortement et on suit avec peine ce qu'elle dit. Néanmoins le résultat est meilleur que l'état antérieur à l'opération.

Obs. II. — Division congénitale de la voûte palatine et du voile du palais. Pas de bec-de-lièvre antérieur, pas d'hérédité.

Henriette D..., âgée de 18 ans 1/2, opérée le 16 juin 1876.—Guérison. —D'une belle constitution, mademoiselle D... est atteinte d'une division congénitale du voile et qui s'étend sur la voûte dans une étendue de 2 centimètres 1/2. La division est médiane et on voit l'extrémité postérieure du vomer réduit à l'état rudimentaire dépasser un peu l'extrémité antérieure de la fente et sur un plan plus élevé. L'écart entre les lèvres de la solution de continuité est de 14 millimètres au niveau des deux moitiés du voile du palais. Les deux moitiés du maxillaire sont à peu près égales; la voûte, très-excavée en arrière, devient plus plate en avant. Depuis près de quatre ans, cette jeune fille se sert d'un appareil prothétique, et la parole qui était inintelligible avant cet appareil est aujourd'hui très-satisfaisante; il importe de dire que pendant ce temps cette jeune fille n'a pas cessé un instant de s'exercer à la parole sous la direction de maîtresses dans l'art de parler ou de chanter.

Le 16 juin 1876, avec le concours du docteur René Blache et de mes internes, le chloroforme fut administré, mais la jeune fille ne fut pas complétement endormie. Je me servis du bâillon de Smith. Dans un premier temps, j'avivai le voile et la solution de continuité osseuse dans toute son étendue. — 2e temps. A 8 millimètres environ de distance de la division osseuse, avec un ciseau aigu et le maillet, je traversai directement la voûte, c'est-à-dire les trois plans qui la constituent: la muqueuse palatine, les os et la muqueuse nasale, depuis le bord postérieur jusqu'à un quart de centimètre audelà du niveau antérieur de la fente; puis, je prolongeai ces incisions osseuses sur chaque moitié du voile en les déjetant en dehors, de manière à faire un angle ouvert en dehors avec les incisions longitudinales. Pendant ces fentes, il s'écoula une énorme quantité de sang qui suspendit toute manœuvre. Les doigts sont appliqués sur la plaie et en quelques instants l'hémorrhagie cesse. A ce moment deux spatules sont introduites dans les divisions que je viens de faire à la voûte et je rapproche les deux parties jusqu'à les mettre en contact; il est nécessaire de déployer un peu de force pour obtenir ce contact; mais obtenu, il persiste, il n'y a plus qu'à maintenir les parties pendant qu'on protége la suture. Il est remarquable de voir la facilité avec laquelle les deux moitiés du voile viennent se placer en contact, aussi est-ce en général par lui que je commence la suture. Neuf points de suture furent appliqués, quatre sur la voûte, quatre sur le voile, le neuvième à leur réunion. Les sutures da la voûte ne comprennent que

la muqueuse palatine et n'intéressent nullement les os sous-jacents. C'est à ce moment que je commence la section des piliers antérieurs et de la muqueuse qui se rend sur l'arcade alvéolaire. Le deuxième jour l'affaissement fut assez marqué et des vomissements souvent répétés pendant quarante-huit heures fatiguaient beaucoup la malade. Je ne permis comme nourriture que du lait et du bouillon froid en très-petite quantité. L'opérée n'eut jamais de fièvre. Au bout de quatre ou cinq jours je lui permis de se lever. Les fils furent enlevés successivement entre le septième et le dixième jour et la guérison fut complète à l'exception d'un tout petit trou entre le voile et la voûte. Il persista encore une quinzaine de jours et se ferma entièrement. La malade se prétendit pendant quelque temps absolument sans voix, elle eut des phénomènes nerveux bizarres, des caprices. Mais peu à peu elle reprit l'habitude de la parole et le fit aussi bien qu'avec l'obturateur auquel elle était habituée avant son opération. Les incisions latérales avaient été remplies de tempons d'amadou immédiatement après la suture. Ces tampons retirés après 24 et 48 heures, les plaies sont recouvertes d'un enduit pultacé, grisâtre, puis elles rougissent et suppurent franchement. Au pus se mêlent des mucosités nasales verdâtres. Vers le dixième jour, l'une d'elles est déjà comblée par des bourgeons ; l'autre est restée ouverte en arrière pendant quinze jours, mais il n'y a eu aucune élimination osseuse. Elle était cicatrisée entièrement 25 jours après l'opération.

Obs. III. — A..., habitant 1, rue Cambacérès, âgé de 11 ans, est atteint d'une division congénitale de la voûte et du voile du palais. Il est issu de mariage consanguin. Assez grand, maigre, mais de très-bonne santé. Opéré le jour de sa naissance d'un bec-de-lièvre latéral gauche par M. Guersant. La division de la voûte s'avance jusqu'à 1 centimètre 1/2 du bord alvéolaire, son extrémité antérieure a une forme arrondie, elle a 12 millimètres d'écart à son milieu et est presque égale dans tous ses points. Elle est unilatérale, gauche, bien que placée sur la ligne médiane ; le vomer s'insère sur son côté droit, il est très-rudimentaire. Les parois osseuses de la voûte sont inégalement développées, celle de droite plus longue dans le sens de la longueur est aussi plus élevée ; il résulte de là que les apophyses palatines ne sont pas sur le même plan. L'écartement entre la face interne des deux molaires est de 40 millimètres. — Opéré le 16 juin 1877, avec le concours de M. Davaine, membre de l'Académie, et de M. Blache, en un temps, de la voûte et du voile. Le chloroforme est donné et j'emploie l'écarteur de M. Trélat. — 1er temps. J'avive les bords de la solution de continuité tant dans le voile que dans la voûte. — 2e temps. Comme il me paraissait impossible de former un double lambeau ostéo-muqueux du côté de l'insertion du vomer, à cause de cette insertion, je suivis la pratique que j'avais adoptée une première fois : de tailler à droite un lambeau comme Langenberck et à gauche un lambeau ostéo-muqueux comme Buhring et Fergusson. C'est ce que je fis par deux incisions latérales parallèles à la fente et la dépassant en arrière comme en avant; seulement, en arrière, l'incision se déjetait

en dehors sur le voile dans une étendue de près de 1 centimètre.

Du côté droit, avec le ciseau, je détachai l'os, puis je dirigeai le lambeau osseux vers la ligne médiane contre le bord avivé du lambeau muqueux. La fente étant très-arrondie en avant, je l'agrandis de manière à faire un angle aigu et je séparai le lambeau muqueux au devant d'elle. Dans un troisième temps, j'appliquai huit points de suture, quatre sur la voûte, un à l'union du voile et de la voûte, deux sur le voile, un à la luette. Puis je fis la section des piliers antérieurs et de la muqueuse qui se rend à l'arcade. La perte de sang fut moins grande que chez la plupart de opérés; dans les fentes latérales, je plaçai des petits tampons d'amadou et d'éponge sèche pour soutenir les lambeaux. Dans la journée il y eut un vomissement de sang à midi; la nuit fut agitée. Le dimanche 17, il y eut un peu de fréquence du pouls et d'agitation, et un gonflement modéré des parties. Le lendemain 18, apparut une couche pultacée sur le lieu de la réunion; examinée au microscope par M. Davaine, cette couche que j'ai toujours remarqué, présente au milieu de la fibrine un champignon, le leptotrix buccal. Elle est enlevée autant que possible et chaque jour, avec un pinceau imprégné de citron. Les tampons sont retirés en prenant de minutieuses précautions. Ce même jour il y eut une petite hémorrhagie nasale. Jusqu'au vendredi 22, il n'y a rien eu d'appréciable que le renouvellement de la petite hémorrhagie par le nez. Les fils ont été enlevés dans l'ordre suivant : le premier sur la voûte, le troisième sur la voûte et l'avant-dernier sur le voile le jeudi 21, c'est-à-dire, le cinquième jour après l'opération. Trois autres, le quatrième et le cinquième, le lendemain, c'est-à-dire le vendredi; puis le samedi, le deuxième de la voûte. Celui de la luette n'a pas été retrouvé. Les ouvertures latérales se sont comblées très-vite dans ce cas. Après l'extraction des petits tampons il y a eu une suppuration plus abondante à gauche qu'à droite; des granulations se sont produites, elles ont pris un gros volume et au moment où on enlevait la dernière suture, on constatait d'un côté une réunion linéaire. De l'autre, à gauche, la surface bourgeonnante est au niveau des lèvres écartées; le 24 la plaie gauche diminue d'étendue, elle ne communique plus avec le nez; le 28 elle est réduite à une surface plate; le 2 juillet elle est presque cicatrisée; elle est achevée le 4. La réunion paraissait complète et suffisamment solide. Elle a en effet résisté sauf en un point, à un demi-centimètre de l'extrémité antérieure, où il se manifeste, vers le neuvième jour, un point certainement moins gros que la tête d'une épingle. Trois cautérisations ont été pratiquées avec le nitrate d'argent; le point a encore diminué, mais il persiste, il est en bec-de-flûte et à peine visible.

Il y a maintenant 26 jours de l'opération, l'enfant a repris ses jeux, ses habitudes, il prend sa nourriture ordinaire; je l'ai encore vu il y a deux jours et je constate que le commencement de rétraction du voile se fait. La parole, avant l'opération était très-difficilement compréhensible, et je dois dire qu'en ce moment, elle est tout au plus un peu meilleure. Je l'ai dit, sur ce point on n'obtient de modification véritablement considérable et sérieuse que par une éducation nouvelle.

Je résumerai les opérations qui vont suivre, afin de ne pas surcharger la publication de nos bulletins : le fait suivant montre bien la nécessité de tenir les malades sous le chloroforme pendant toute la durée de l'opération.

Obs. IV. — Pourcet (Louise), âgée de 16 ans, entre le 12 mai 1877 à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Sainte-Eugénie, n° 5, pour une division congénitale de la voûte et du voile. Cette jeune personne est venue de la campagne, où elle s'adonne aux travaux des champs, pour se faire opérer; elle est très-forte, très-vigoureuse. Elle n'a pas eu de bec-de-lièvre ; il n'y a pas eu d'antécédents héréditaires.

La division ne s'étend pas sur la voûte au delà des os palatins, elle a 15 millimètres d'étendue au niveau du bord postérieur des apophyses palatins ; elle est bilatérale, car on reconnaît l'insertion médiane du vomer sur le milieu de la portion non divisée. Les deux moitiés du voile sont bien développées. La prononciation n'est pas très-défectueuse; le nasonnement est grand, mais il n'empêche pas de comprendre l'enfant. Le 13 mai, jour de l'opération, on endort l'enfant avec le chloroforme, et on lui applique le bâillon de Smith ; après l'avivement qui fut déjà laborieux, l'opérée revient à elle et alors elle nous livre une lutte désolante où elle brise le bâillon avant d'avoir pu l'endormir de nouveau. A partir de ce moment et jusqu'à la fin, l'opération fut extrêmement pénible, à cause de la difficulté de tenir la bouche ouverte : bref, je ne pus appliquer que trois points de suture. Les plaies latérales se cicatrisèrent bien ; mais la désunion de la voûte et du voile fut complète, et cette jeune fille ne voulut en aucune façon consentir à une seconde opération.

Obs. V. — Augustin Cousin, âgé de 4 ans 1/2, salle Napoléon, n° 32 (hôpital Sainte-Eugénie).

Il y a une division très-longue de la voûte et du voile. Cet enfant a été opéré d'un bec-de-lièvre à gauche, il y a deux ans, par M. Sée. Il est très-bien portant. La division de la voûte part de la partie postérieure où elle a la largeur de 1 centimètre, puis elle va en se rétrécissant peu à peu, jusqu'au voisinage de l'arcade alvéolaire ; elle se termine par une petite fissure à moins de 1 centimètre de l'extrémité antérieure, et à celle-ci succède un sillon qui vient tomber entre la première et la deuxième incisive gauche. La division de la voûte est latérale gauche, le vomer très-rudimentaire s'implante sur le côté droit. Les deux moitiés de la voûte ne sont pas symétriques, celle de droite est sur un plan plus antérieur que celle de gauche; de plus, la voûte est très-profonde. Le voile est épais; la langue très-volumineuse. Opéré en un temps, de la voûte et du voile, le 3 mai 1877, par le procédé qui consiste à combiner le procédé ostéo-muqueux avec le procédé de Langenbeck, c'est-à-dire en confectionnant à gauche comme Fergusson un lambeau ostéo-muqueux, et à droite un lambeau périosté comme Langenbeck. Aucun incident opératoire ne doit être signalé. La fissure était très-longue, huit points de suture furent appliqués et retirés en temps opportun. La réunion du voile fut complète ainsi

qu'une partie de la voûte en avant et en arrière; mais au milieu il y eut désunion du lambeau périosté et élimination avec un peu de pus d'une esquille osseuse plate de 3 millimètres de longueur et de 2 de largeur. En résumé, il persista un trou médian de près de 8 millimètres de longueur et de 5 millimètres de largeur.

Deuxième opération pratiquée le 12 juin, c'est-à-dire un mois et neuf jours après la première. Après avoir avivé les bords de l'ouverture, j'ai pénétré avec mon bistouri dans les cicatrices latérales qui s'étaient produites à la suite des incisions latérales de la première opération, et j'ai rapproché les deux mêmes lambeaux que j'ai réunis par trois points de suture; or, il est arrivé que le lambeau simplement muqueux, périosté, s'est dans la suite sphacélé en partie. Ce sphacèle ne s'est pas produit dans la ligne d'avivement ou de réunion, mais en dehors et en arrière; par suite, ce lambeau réduit à une simple languette, n'est pas venu adhérer en ce point à la voûte osseuse dont jo l'avais séparé pour la deuxième fois, et il est resté une ouverture latérale communiquant avec le nez sous le pont médian qui a bien repris. Cette ouverture a diminué notablement par un bourgeonnement qui s'est produit sur les bords, mais je crains qu'elle ne persiste; elle est oblique et a 2 à 3 millimètres de longueur.

L'autre incision latérale a été aussi l'objet d'un travail tardif, quinze jours après l'opération, et j'ai retiré une esquille, mais le fond était comblé de telle sorte qu'il n'y a pas de perforation de ce côté.

En résumé le voile du palais et la voûte sont restaurés, mais il persiste une perforation latérale sous le point médian.

Obs. VI. — Barbe, âgée de 13 ans 1/2, couchée au n° 4, salle Sainte-Eugénie, est entrée à l'hôpital le 22 mai 1876, elle est sortie le 24 juillet. Elle est atteinte d'une division congénitale de la voûte et du voile du palais. Elle n'a pas eu de bec-de-lièvre. La division de la voûte s'étend depuis le bord postérieur dans une étendue de 1 centimètre et demi environ. Il y a 12 millimètres d'écartement entre les bords de la fente en arrière; puis la fissure se rétrécit. Les deux moitiés de la voûte sont symétriques et assez profondes. La muqueuse qui recouvre les cornets apparaît sous forme de deux gros bourrelets violacés. Les deux moitiés du voile sont longues et assez épaisses. La langue a un petit volume. L'enfant est opérée le 10 juin, après avoir été soumise au chloroforme par le procédé de Fergusson. L'hémorrhagie a été médiocre pendant l'opération. Six points de suture métallique sont appliqués, des tampons d'éponges sont placés dans les incisions latérales. Il y a eu le soir un petit suintement sanguin qui a nécessité un nouveau tamponnement et qui ne s'est pas reproduit lorsque les tampons ont été retirés au 3e jour. Les fils ont été successivement enlevés le 5e et le 7e jour; l'un d'eux a été laissé sur le voile jusqu'au 10e jour. La réunion s'est bien faite et s'est consolidée peu à peu. Des deux incisions latérales, celle de gauche a été plus longue à se fermer, elle ne s'est achevée complétement que vingt jours après l'opération.

Lorsque l'enfant a quitté l'hôpital, elle avait un nasonnement très-

prononcé, moins fort, peut-être qu'avant l'opération; mais il faisait qu'on la comprenait encore difficilement.

Obs. VII. — Guénin (Joséphine-Ernestine), 7 ans, entrée le 5 mars 1877 dans la salle Sainte-Eugénie. Pas de bec-de-lièvre, pas d'hérédité. Division de la voûte et du voile du palais.

La division de la voûte part de la partie postérieure et s'arrête en s'arrondissant à 1 centimètre de son point de départ; comme on le voit, elle n'est pas longue, mais elle est large; elle a au niveau du bord postérieur 17 millimètres, et son bord antérieur, très-arrondi et presque aussi large; le voile est court mais épais, la voûte n'est pas profonde, elle est plate et plus large que celle des enfants de son âge. Je ne crois pas qu'on pût, dans ce cas, exécuter l'opération de Langenberk à cause de la largeur de la fissure et de la faible distance qui sépare les bords de l'arcade alvéolaire. Avec cela la langue est très-volumineuse. Cette enfant est de petite taille, très-vigoureuse. L'enfant chloroformisée a été opérée en un seul temps par le procédé ostéo-muqueux: l'hémorrhagie a été assez abondante. J'ai placé six points de suture. L'affaissement consécutif a été très-prononcé pendant deux jours. Au 6e jour, il se produisit une désunion au niveau du 3e fil par de la suppuration. Il sortit à ce niveau quatre jours plus tard, une toute petite esquille, plus large que longue, c'était probablement le bord postérieur de l'apophyse palatine. En ce point, il est resté un trou ovalaire, assez grand de 6 à 7 millimètres de longueur. Cette perforation occupe la voûte en empiétant très-légèrement sur la base du voile, ce dernier a complétement repris. L'enfant a quitté l'hôpital et sa famille nous a promis de nous la ramener pour une deuxième opération.

Obs. VIII. — Au n° 39 de la salle Sainte-Eugénie est couchée une fillette de 10 ans, qui nous a été adressée par le professseur Hardy. Cette enfant porte une division congénitale de la voûte et du voile; elle n'a pas eu de bec-de-lièvre et dans la famille il n'y a aucun exemple de vice de conformation.

La division de la voûte est peu considérable, elle n'a pas tout à fait 1 centimètre de longueur; à partir du bord postérieur, elle à 8 millimètres de largeur. Elle est médiane et bilatérale, la voûte n'est ni profonde, ni plate, les deux moitiés du voile sont épaisses et assez longues.

Je fis l'opération de la voûte et du voile en un temps et sans chloroforme, le 12 mars 1876. Le bâillon de Smith fut appliqué, et deux lambeaux ostéo-muqueux taillés sans difficulté à 6 millimètres du bord environ. Avivement avait été fait et je plaçais six points de suture. Ils furent retirés, deux le 7e jour, trois le 8e jour, et le plus inférieur le 10e jour. La voûte et le voile ont repris, mais la luette est restée bifide. Les incisions latérales se sont comblées par bourgeonnement et se sont bien cicatrisées. Lorsque l'enfant quitta la salle le voile était déjà raccourci. L'amélioration de la parole était alors à peine sensible. J'ai revu l'enfant il y a deux mois et j'ai constaté qu'elle n'avait pas fait de progrès dans sa manière de parler.

Après l'opération il y eut une petite modification obtenue, les choses en sont restées là; il est vrai que la mère en service ne peut s'occuper de l éducation de sa fille,

---

Discussion.

M. ANGER. J'ai écouté avec grand plaisir la communication de M. Lannelongue, surtout dans la partie relative au procédé de Fergusson. J'ai employé ce procédé chez un malade déjà opéré une fois pour une perforation de la voûte du palais, et qui possédait un tissu cicatriciel très-résistant. Je n'ai fait la section de l'os palatin que d'un seul côté en me servant du ciseau et du maillet, car je ne pus diviser la voûte palatine comme je l'espérais avec le thermo-cautère. Le rapprochement fut facile. Je ne multiplie pas, du reste, les points de suture, mais je place dans la plaie des morceaux d'éponge sèche qui restent 8 ou 10 jours sans tomber : J'ai adopté ce même moyen dans les palatoplasties ordinaires.

J'ai fait cinq cures de palatoplastie par cette méthode, je n'ai eu qu'un insuccès: le lambeau se déchira pendant l'opération.

M. LANNELONGUE. Je me suis servi également d'éponges et d'amadou, mais cet emploi peut donner lieu à des désagréments. J'attribue un de mes insuccès au maintien pendant 26 jours d'un cylindre d'éponge : il se fit une solution de continuité au niveau du corps étranger : un trop long séjour entraîne aussi de la suppuration, de mauvaises odeurs.

M. VERNEUIL. Je crois ces corps étrangers inutiles et même nuisibles en raison des produits putrides auxquels ils donnent lieu. Quant à l'éponge, je la bannis totalement de ma pratique ; peut-être cependant ferai-je une réserve pour les plaies de la bouche. — J'ai gardé souvenir d'une plaie de la région parotidienne où j'avais enfoncé un fragment d'éponge pour arrêter le sang : je ne pus en faire l'ablation qu'au bout de 2 mois et demi, tellement les adhérences avec les bourgeons charnus étaient intimes.

M. ANGER. Je ne me sers pas d'éponge préparée, mais j'emploie l'éponge ordinaire dans tous les cas de palatoplastie. J'enfonce peu ce corps dilatant et je combats l'odeur qui peut se développer en faisant gargariser le malade et en faisant des lavages avec une seringue.

M. PANAS. J'ai observé un fait qui confirme ce qu'a dit M. Verneuil des inconvénients que présente l'emploi des éponges dans les plaies.— A la fin de la guerre, j'eus à soigner un individu qui

avait subi une amputation de la cuisse. La plaie était cicatrisée, il restait seulement un orifice fistuleux par lequel on arrivait sur un corps mou sans dénudation osseuse. Je débridai et trouvai un fragment d'éponge ; j'agrandis mon incision, mais je ne pus rien extraire ; il n'y avait pas seulement adhérence entre l'éponge et les bourgeons charnus, mais enfouissement, si l'on peut parler ainsi : les bourgeons charnus avaient pénétré dans les pores des éponges et l'intimité était telle qu'une coupe pratiquée montrait le tissu de l'éponge alternant avec les bourgeons charnus. Je fus obligé de reséquer le fémur, resection que l'état conique du moignon rendait nécessaire, mais qui seule me permit d'enlever en totalité le corps étranger.

M. Guéniot. Je repousse, pour ma part, en raison de sa trop grande adhésion, l'éponge préparée, comme corps dilatant pour la cavité cervicale de la matrice.

Présentation de malades.

Fusion temporaire des paupières,

Par M. Verneuil.

J'ai déjà émis, comme proposition générale, qu'on pouvait substituer la suture des paupières à la blépharoplastie dans tous les cas d'ectropion.

On pense, en général, que la blépharoraphie ne convient qu'aux petits ectropions.

Le malade que je présente, atteint d'un ectropion double aussi complet que possible, prouve le contraire. J'ai laissé un an les paupières fermées.

Quant aux blépharoplasties, je trouve que mon cas fournit un résultat aussi beau que les opérations à lambeau bien réussies, mais supérieur aux cas ordinaires.

J'ajouterai que mon procédé est plus facile, plus innocent, très-efficace à condition d'employer la suture métallique.

Je me guide, pour faire la désunion des paupières, sur le rétablissement des mouvements de l'orbiculaire.

Je ferai remarquer la place qu'occupent les cicatrices des incisions libératrices ; bien que j'aie incisé à 5 ou 6 millimètres des cils, les plaies sont bien plus éloignées ; il semble que la peau se soit distendue.

Discussion.

M. Tillaux. Je trouve le résultat très-beau et je reconnais que l'opération est bien plus aisée. Je n'irais pas cependant jusqu'à proscrire la blépharoplastie.

Quant au malade de M. Verneuil, je ferai remarquer qu'il ferme l'œil avec difficulté et qu'il se pourrait que, dans quelques mois, les deux bords libres ne puissent être rapprochés.

Je tiens à rappeler combien étaient parfaits les résultats obtenus par Denonvilliers, d'autant plus parfaits que l'ectropion était plus prononcé.

M. Lannelongue. Bien que je sois d'avis d'attendre pour savoir la valeur réelle de l'amélioration obtenue, on ne peut nier que le résultat ne soit bon. Ce résultat me frappe pour cette raison qu'ayant pratiqué deux fois la blépharoplastie, je ne suis pas enthousiaste des paupières ainsi restaurées : il manque en effet l'orbiculaire qui applique sur l'œil la paupière et l'empêche de ressembler à une espèce de matelas d'une épaisseur variable. A mon avis, les résultats plastiques obtenus ne sont jamais bien satisfaisants.

M. Verneuil. Je suis moins exclusif que ne le pensent nos collègues ; je ne proscris pas la blépharoplastie si'il y a perte de la substance de la paupière.

Quant aux craintes ultérieures manifestées au sujet de mon malade, je m'engage à les dissiper en représentant l'opéré.

J'en viens aux faits de Denonvilliers, qui était d'une habileté si incontestable qu'il serait difficile de trouver un second chirurgien aussi habile en fait de blépharoplasties Je dirai que j'ai vu plusieurs de ses opérés ; j'ai vu en particulier son résultat le plus complet, la fameuse Rosa, opérée à plusieurs reprises ; les autres cas étaient moins beaux.

La blépharoplastie est moins brillante entre les mains d'autres chirurgiens ; elle offre même un martyrologe sérieux par suite du sphacèle, des érysipèles.

Si le procédé que j'emploie se trouvait aussi efficace que je le crois, l'ectropion pourrait être corrigé par tous les opérateurs au lieu d'être du domaine exclusif de quelques chirurgiens habiles.

M. Panas. Je viens confirmer ce que vient de dire M. Verneuil. Je me suis contenté de faire la blépharoraphie dans un certain nombre de cas, même très-graves. Je citerai un malade qui avait couru presque tous les dispensaires ophthalmologiques ; il était atteint de pannus vasculaire ; c'était la limite de l'application de la

suture. Le point du milieu manqua par suite de la tension des parties ; je me servis alors d'agrafes rapprochées par un cordon élastique et le point du milieu manqua seul. Il y a deux ans que cette suture a été faite et je n'ai pas encore voulu désunir les paupières. Je voudrais attendre l'épuisement de la rétraction cicatricielle. Nélaton disait qu'il fallait attendre ce terme, sans que sa date fût fixe ; mais mon malade approche de ce moment, au bout de deux années.

Je ferai ressortir un point spécial, c'est que pour que la suture réussisse, il faut que les paupières s'offrent un point d'appui mutuel, et elles le font lorsque toutes deux sont inodulaires. Chez ma malade, la paupière supérieure était cicatricielle dans une plus grande étendue que l'inférieure ; cette dernière a cédé et la commissure s'est déplacée en haut. Aussi, au lieu de faire la désunion au niveau de la suture, je sectionnerai en pleine paupière supérieure.

En résumé, je suis d'avis que la blépharoraphie exige que les deux paupières soient en tout ou partie inodulaires.

Calcul vésico-prostatique. — Taille médiane pratiquée avec le thermo-cautère.— Extraction du calcul.— Guérison.

M. Th. Anger présente un individu auquel il a pratiqué la taille médiane avec le thermo-cautère pour un calcul vésico-prostatique qui s'était développé dans les conditions suivantes :

C'est un homme de 46 ans, condamné pour braconnage et entré, le 4 janvier de cette année, à l'infirmerie générale des prisons. Le seul antécédent pathologique digne d'être noté est une blennorrhagie qu'il contracta vers l'âge de 20 ans.

Il y a deux ans, cet individu fut pris subitement de douleurs excessivement vives dans la région lombaire, douleurs accompagnées de tiraillements du côté des testicules. A la suite de ces coliques néphrétiques, il urina, dit-il, comme du vin. Plusieurs attaques semblables se sont succédé depuis, mais jamais il n'a remarqué de graviers dans son urine, qui cependant laissait un dépôt épais sur les parois du vase.

Il y a dix-huit mois, à peu près, étant en train de labourer, il voulut uriner et ne put y parvenir. Après quelques heures d'essais infructueux, il eut l'heureuse idée de s'accroupir comme pour aller à la garde-robe et finit par uriner.

C'est vers cette époque aussi qu'il commença de ressentir à l'extrémité de la verge des douleurs vives et subites, analogues à des piqûres d'aiguilles et revenant irrégulièrement.

Dans les deux mois qui suivent cette rétention d'urine, la miction s'opère assez bien, mais par moment le jet d'urine s'arrête

brusquement pour reparaître ensuite. Les envies d'uriner se répètent incessamment, et peu à peu le malade en arrive à perdre involontairement ses urines qui s'écoulent continuellement et goutte à goutte.

Enfin, depuis un an il est tourmenté de douleurs incessantes et très-vives dans les reins et le bas-ventre. Les épreintes se renouvellent trois, quatre fois par heure et n'aboutissent chaque fois qu'à l'expulsion de quelques gouttes d'urine. Celle-ci s'altère et laisse au fond du vase un dépôt épais filant comme du blanc d'œuf, et finalement jaunâtre comme le pus. Au mois d'août, il ne peut plus expulser quelques gouttes d'urine que dans une position spéciale, c'est-à-dire accroupi. Un médecin appelé à cette époque ne parvient à introduire dans le canal qu'une fine bougie, et le malade est obligé de la garder quelques heures avant d'arriver, au prix des plus grands efforts, à rendre quelques gouttes d'urine. Au mois de décembre, il commence à ressentir de la faiblesse dans les jambes et ne peut marcher que courbé et à l'aide d'un bâton.

A son entrée à l'infirmerie, le 4 janvier, cet individu ne peut plus marcher du tout et ses membres sont impuissants comme ceux d'un paraplégique. Il est considérablement amaigri et épuisé par les souffrances et les efforts impuissants qu'il fait pour expulser quelques gouttes d'urine. Un état fébrile continu accompagné de sueurs abondantes l'ont réduit à un tel état de faiblesse qu'il ne peut plus quitter le lit et n'ose même plus faire un mouvement dans la crainte de reveiller ses douleurs, qui s'irradient du côté du périnée et des lombes.

C'est dans cet état précaire que je trouvai le malade. La purulence des urines, leur aspect filandreux, ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une cystite subaiguë.

J'essayai d'introduire une sonde ordinaire en argent dans l'urèthre, mais je fus arrêté au niveau du bulbe par le rétrécissement. Une fine bougie put franchir le rétrécissement et, arrivée au col de la vessie, me donna la sensation d'un frottement contre un corps rugueux. Cette sensation pouvait être due à l'existence de dépôts calcaires sur les parois du col ; pour m'en assurer, je revins le lendemain explorer le canal, muni d'une fine sonde d'argent avec laquelle je parvins à franchir le rétrécissement. Le fer de la sonde n'avait pas encore atteint le col de la vessie, qu'il heurta un corps dur qui ne pouvait être qu'un calcul engagé dans la prostate. En effet, il fut facile de repousser le calcul dans la vessie et là de retrouver le choc caractéristique.

J'étais donc en présence d'un individu épuisé par la pierre et de longues souffrances, ayant tout à la fois un rétrécissement de

l'urèthre et un calcul vésico-prostatique avec les conséquences ordinaires de ces deux affections, c'est-à-dire une inflammation des voies urinaires et peut-être même des reins, comme permettaient de le supposer les douleurs lombaires. Quelle conduite fallait-il tenir ?

Le rétrécissement de l'urèthre et l'état précaire des voies urinaires n'étaient guère compatibles avec les lenteurs de la lithotritie. J'ignorais d'ailleurs le volume et la dureté du calcul.

L'état grave du malade ne permettait pas de s'attarder à dilater et à préparer le canal. Il fallait agir vite et dès lors recourir à la voie périnéale. Ce point décidé, restait à choisir le procédé opératoire.

Ma première idée fut de recourir à la lithotritie périnéale : mais j'avoue que les trois cas dans lesquels j'avais vu M. Dolbeau employer cette méthode m'avaient laissé une mauvaise impression. Des hémorrhagies s'étaient produites pendant le cours des opérations, assez abondantes pour que l'opérateur ait dû deux fois laisser son dilatateur pour prendre le lithotome afin d'en finir plus vite. Or, mon malade était trop épuisé pour subir une perte de sang un peu considérable ; et c'est cette idée d'éviter à tout prix l'hémorrhagie qui me conduisit à l'emploi du thermo-cautère.

Voici comment je procédai. Le malade étant chloroformé, j'introduisis sur conducteur dans l'urèthre un divulseur à branches parallèles, et fis rapidement la divulsion du canal. Un catéther fut aussitôt et facilement conduit jusqu'au col de la vessie, et confié à un aide.

Faisant alors relever les cuisses du malade, je fis avec le thermo-cautère, sur le raphé du périnée, une incision médiane de 4 centimètres environ. Les bords de section s'écartèrent d'eux-mêmes et je pus disséquer, couche par couche, tous les plans du périnée jusqu'au bulbe. Comme pas une goutte de sang ne s'écoulait, le bulbe fut aisément reconnu et attiré par en haut avec un écarteur. En quelques secondes, j'arrivai jusqu'au voisinage de l'urèthre, en ayant soin de porter, après chaque section, le doigt au fond de la plaie pour en reconnaître la profondeur.

Lorsque je me fut assuré qu'une faible épaisseur de tissu séparait l'ongle du doigt de la rainure du catéther, j'abandonnai le thermo-cautère pour prendre un bistouri et faire la ponction de l'urèthre, voulant éviter au canal une perte de substance, si minime qu'elle eût pu être. Le lithotome fut ensuite introduit dans la vessie, puis retiré ouvert dans une étendue de 2 centimètres et demi environ. A ce moment seulement parut un peu de sang et en très-petite quantité. La suite de l'opération fut d'une extrême simplicité.

Grâce à l'espèce de sécheresse et rigidité qu'acquièrent les tissus sectionnés avec le thermo-cautère, le trajet périnéal ne présentait aucune anfractuosité et les tenettes le franchirent avec une extrême facilité. Le calcul était assez volumineux mais mou, et il s'écrasa entre les mors des tenettes. Il fallut faire plusieurs introductions de l'instrument pour en ramener les débris.

Après m'être bien assuré avec le doigt introduit dans la vessie qu'il ne restait plus aucun fragment, je fis un grand lavage avec l'eau chaude alcoolisée et tout suintement de sang ayant cessé, l'opéré fut rapporté dans son lit.

Les suites de cette opération ont été des plus simples. Le malade avait été opéré le 2 avril ; moins de trente jours après, la plaie était complétement fermée. Pendant la guérison on eut soin de maintenir la dilatation de l'urèthre en passant chaque jour dans le canal quatre ou cinq bougies Réniqué, depuis le n° 40 jusqu'au n° 45.

Dès le lendemain l'opéré accusait un soulagement et un bien-être inaccoutumé. Les parois du trajet périnéal étaient à peine escharifiés et à aucun moment on ne vit les bords de la plaie s'agrandir et s'ulcérer comme cela a été signalé dans quelques cas de trachéotomie.

L'escharification des parois des plaies faites avec le thermo-cautère me semble d'ailleurs facile à éviter. Pour cela, il faut que le thermo-cautère ne soit pas promené trop lentement sur les tissus, et en second lieu qu'il soit chauffé assez près du rouge blanc pour couper les tissus.

C'est à ces deux conditions que j'attribue l'absence d'eschares chez mon opéré.

En employant le thermo-cautère, mon but était surtout de me mettre à l'abri d'une perte de sang, que le malade n'eût pu supporter dans l'état d'affaiblissement où il était tombé. Mais là ne se bornent pas les avances de cette manière de procéder. Il me paraît évident qu'une plaie ainsi escharifiée met mieux qu'une incision au bistouri le malade à l'abri des infiltrations ou de l'absorption urineuse. En outre le trajet suivi par l'urine est plus direct, plus béant qu'il ne le serait dans les conditions de la taille ordinaire. Si j'avais à refaire la même opération dans des conditions analogues, je serais même moins timide, et je n'hésiterais pas à porter l'extrémité du thermo-cautère jusques dans la rainure du catéther.

Faite dans les conditions que j'ai indiquées, c'est-à-dire rapidement, la perte de substance de l'urèthre est à peu près nulle, et dès lors une coarctation consécutive du canal ne me paraît guère à redouter.

Tel est le fait que je voulais communiquer à la Société pour ser-

vir à élucider les conditions dans lesquelles cet instrument peut trouver un emploi utile. Je suis loin de conseiller son usage dans tous les cas de taille périnéale. Ainsi la taille chez les enfants ne me semble nullement pouvoir profiter de cette façon d'agir.

Mais chez l'adulte, dans des conditions analogues à celles où se trouvait mon opéré, je crois que la section faite avec le thermo-cautère offre des avantages sérieux et le malade que je vous présente en est une preuve que je crois indéniable.

Discussion.

M. Tillaux. M. Anger s'est servi du lithotome pour faire l'incision des parties profondes; c'est le plus souvent à ce moment, c'est-à-dire au moment de l'incision du col de la vessie, qu'il y a une hémorrhagie ; son observation ne prouverait donc rien, en faveur de l'action hémostatique du thermo-cautère relativement aux parties superficielles. Il en est autrement si le bulbe, comme je le crois, a été divisé par le thermo-cautère.

M. Anger. Il me semble probable que le bulbe a été divisé, car mon incision avait 4 centimètres dans toute sa profondeur.

M. Tillaux. Je signale ce détail fort intéressant dans l'observation de M. Anger, c'est que le malade était paraplégique. J'ai observé une paraplégie chez un malade que j'ai lithotritié et chez lequel l'affection a disparu consécutivement à l'opération comme dans le cas de notre collègue.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel,
Cruveilhier.

Séance du 18 juillet 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la France et de l'étranger ;

2° Le règlement du congrès qui doit s'ouvrir à Genève au mois de septembre prochain ;

3° Le compte rendu des travaux de la Société de médecine de Toulouse;

4° Le *Bulletin de la Société de medecine* de Paris;

5° Un fascicule du *Traité de chirurgie et de médecine opératoire* du Dr Édouard Albert, de Vienne;

6° Le *Bulletin de la Société des sciences médicales* du grand-duché de Luxembourg;

7° Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine* de Belgique.

MM. les docteurs Berger, Parabeuf, Pozzi et Terrillon adressent une lettre pour se porter candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante.

M. le Dr Chaplain, membre correspondant de la Société de chirurgie, adresse à la Société une lettre pour lui demander son avis sur un cas d'hydro-hématocèle.

A l'occasion du procès-verbal.

Discussion sur le traitement de l'ectropion.

M. Verneuil fait passer un croquis de son malade atteint d'ectropion double. Il signale ce fait que l'état de la cornée a été singulièrement amélioré par la blépharoraphie.

M. Desprès. Je crois que le procédé qu'a employé M. Verneuil était excellent dans ce cas particulier, mais je pense aussi que les autoplasties par les méthodes de Fricke de Hambourg, de Denonvilliers conviennent à certains cas. Si l'ectropion n'occupe qu'une des paupières, il faut nécessairement avoir recours à une autoplastie.

J'ajouterai que je n'ai pas la certitude que l'affection ne récidivera pas, car déjà les paupières ne viennent pas au contact.

M. Verneuil. Il est vrai que les 2 bords libres de la paupière ne s'affrontent pas exactement et qu'il reste un hiatus de 2 millimètres; malgré cela le globe est à couvert.

Je compte du reste montrer de nouveau ce malade et je le ferai d'autant plus que le résultat deviendrait défectueux par la suite.

M. Desprès a répété une assertion de M. Panas qui tendrait à restreindre la suture aux cas où l'ectropion est double; j'ai obtenu d'excellents résultats dans des cas où une seule paupière était atteinte à la suite de pustule maligne par exemple : il est du reste facile de trancher cette question par des faits.

M. Ledentu. Je réponds à l'invitation de M. Verneuil en apportant les faits qui me sont propres.

CLICHY. — Imp. Paul Dupont. rue du Bac-d'Asnières, 12. (891. 8 7.'.— *Le gérant:* Masson.

J'ai fait 2 blépharoplasties, l'une avec suture, l'autre sans suture des paupières.

Mon premier malade avait un renversement de la paupière inférieure ; j'ai fait la libération des paupières, puis j'ai taillé un lambeau sur la joue en ayant soin de faire remonter aussi haut que possible le pédicule du lambeau, afin que l'angle palpébral fût 5 millimètres plus haut que du eôté opposé. Mon malade avait été opéré l'année dernière, j'ai désuni le côté externe il y a seulement 1 mois en laissant réunie la portion externe des paupières. Pour le moment il n'y a nulle tendanee à l'éversion et j'avoue que j'en suis à me demander si la suture des paupières a été utile dans ce premier eas.

Mon autre malade était une femme atteinte d'épithelioma de la paupière inférieure qui avait respecté les points laerymaux et le cartilage tarse inférieur. J'ai pu respeeter le eul-de-sae conjonctival et je n'ai fait aueune suture entre la partie libre du lambeau génien et la paupière supérieure. La malade avait été opérée en 1874, je l'ai revue il y a un an et e'est à peine si le lambeau avait subi un abaissement de 2 millimètres.

Je ne voudrais done pas pour ma part qu'on amoindrît l'importanee des opérations autoplastiques qui employées seules donnent d'excellents résultats.

M. Desprès. La seconde observation de M. Ledentu ayant trait à une autoplastie pratiquée immédiatement après l'ablation d'un cancroïde ne peut être eitée eomme preuve de l'utilité de la blépharoplastie : il n'y a pas en effet dans ee eas de tissu inodulaire et il n'en serait pas résulté d'ectropion, quelque étendue qu'ait été la perte de substanee de la paupière, car ees difformités sont dues bien plutôt aux lésions du front, des joues que des voiles palpébraux. J'ai vu chez Velpeau des cas où la paupière n'existait plus et où il ne s'est pas formé d'eetropion.

En résumé je suis d'avis que la suture des paupières est indispensable dans l'eetropion, qu'on ait fait ou non la blépharoplastie.

Discussion sur l'emploi du thermo-cautère dans la taille.

M. Verneuil. M. Th. Anger nous a communiqué dans la dernière séance une observation de lithotomie pratiquée avec le thermo-eautère. Ayant sur ce sujet quelque expérienee, je vous dirai à mon tour ee que j'ai observé.

Depuis longtemps je désirais essayer la diérèse non sanglante dans l'opération de la taille au moins pour les incisions superficielles, mais l'occasion ne s'était point présentée, lorsque, au mois

de juin 1876, un calculeux entra dans mon service à l'hôpital de la Pitié.

C'était un garçon de 21 ans, atteint de la pierre depuis son enfance. Je diagnostiquai un calcul vésico-prostatique probablement volumineux et résolus en conséquence de pratiquer la taille périnéale, de la manière suivante :

Le sujet étant placé dans la position classique et endormi, un cathéter cannelé est introduit dans la vessie. Je fais alors avec le thermo-cautère une incision courbe à convexité antérieure parallèle à la circonférence de l'anus, l'index étant placé dans le rectum j'attire en arrière avec le pouce la peau et les tissus qui sont divisés en rasant la paroi antérieure du rectum; arrivé ainsi jusqu'à la prostate, je sens le calcul à travers une mince couche de tissu glandulaire. J'incise avec le bistouri et j'extrais ce que je crois être le prolongement prostatique de la pierre, et ce qui, par le fait, était le calcul tout entier. Une incision faite à l'urèthre fit pénétrer dans la vessie, et montra en effet que celle-ci ne renfermait point de calcul.

La cure fut traversée par quelques accidents et entre autres par des hémorrhagies secondaires répétées, qui ne cédèrent qu'à l'emploi du sulfate de quinine et de l'ipécacuanha. On trouvera tous les détails de ce fait dans la thèse de M. Malteste. (*Des calculs de la prostate*, Th. de Paris 1876, n° 457, p. 34.)

Il s'agissait une autre fois d'un malade taillé précédemment par M. Berger et chez lequel un fragment de calcul s'était arrêté dans le trajet de l'incision périnéale devenu fistuleux. Le sujet était dans un état de santé qui aurait rendu toute perte de sang dangereuse. Je débridai le trajet avec le thermo-cautère assez largement d'avant en arrière pour mettre à nu le calcul profondément situé et l'extraire aisément sans effusion de sang.

Enfin, cette année, j'ai encore utilisé le même instrument dans une taille médiane faite en province, en présence et avec le concours de MM. Herbet, Padieu fils et Peulevé, d'Amiens; voici le fait sommairement raconté :

M. S..., 66 ans, grand, fort, jouissant d'une bonne santé et n'ayant jamais eu de maladies graves, ressentit les premiers accidents du côté de la vessie dans le cours de 1876 et consulta son médecin à la fin de l'année.

Les signes rationnels de la pierre existaient, le cathétérisme fut pratiqué et démontra l'existence d'un calcul, une orchite à droite survenue le 1er janvier fit ajourner toute opération.

Le 15 janvier le malade fut visité par Dolbeau qui reconnut à son tour une pierre assez volumineuse et pas très-dure. La saillie de la prostate empêchait de saisir aisément le calcul, la taille médiane fut proposée.

De nouveaux accidents : phlébite de la veine saphène, tuméfaction dans le creux poplité me forcèrent encore à remettre l'opération, qu'enfin je pus pratiquer le 20 mars.

J'ai dit que le malade était doué d'un embonpoint notable, je dus donc pénétrer à une assez grande profondeur pour atteindre la rainure du cathéter dans la région membraneuse ; d'autre part, l'absence complète d'écoulement sanguin pendant ce temps préparatoire en facilita beaucoup l'exécution : mes aides, armés d'érignes implantées dans les lèvres de la plaie, écartaient celle-ci de façon que je suivais très-aisément la ligne médiane avec mon cautère.

Arrivé à une certaine profondeur, je portai mon doigt au fond de l'incision pour reconnaître la rainure du cathéter, elle était encore assez profonde, aussi je continuai encore à inciser avec le couteau incandescent. Lorsque enfin je crus être arrivé à la paroi uréthrale, je pris le bistouri. J'incisai l'urèthre et terminai à l'ordinaire.

Les suites furent fort simples, il n'y eut pas le plus petit accès de fièvre et au bout d'un mois l'opéré commençait à se promener. Quelques jours plus tard à la vérité et peut-être par suite de quelque imprudence, les jambes enflèrent et une seconde orchite survint qui dura près de deux mois.

La plaie marcha toujours bien et ne devint le siége d'aucune complication, cependant elle ne se ferma que lentement, un petit pertuis persista jusqu'à la fin de juin.

Voici mes faits. J'en conclus que le thermo-cautère peut rendre service dans l'opération de la taille et faciliter par exemple l'abord de la région membraneuse, c'est-à-dire l'un des temps les plus délicats de l'opération. Je pense même que si en cherchant la susdite région on blessait l'extrémité postérieure du bulbe, mieux vaudrait le faire avec le thermo-cautère qu'avec le bistouri.

Il est bien entendu que le cautère n'est bon que pour la division des parties superficielles et qu'il ne faut pas s'en servir pour ouvrir l'urèthre; sous ce rapport il est permis de rapprocher la taille de la trachéotomie, où le bistouri doit aussi intervenir, suivant la plupart des chirurgiens, pour ouvrir la trachée.

Je conçois au reste que cette réserve fasse naître une objection. On me dira que les incisions périnéales superficielles bien faites ne donnent guère de sang, et que l'hémorrhagie primitive à craindre vient de plus haut, qu'il y a donc médiocre avantage à employer le thermo-cautère, puisque le bistouri, depuis la peau jusqu'à l'urèthre exclusivement, fait la besogne aussi bien et plus simplement.

Je répondrai que, sans être considérable, le suintement sanguin fourni par la peau et les couches sous-cutanées est assez notable, cependant, pour cacher le fond de la plaie et faire qu'à une certaine profondeur on incise un peu à l'aveugle, qu'au contraire au fond

d'une plaie exsangue on juge mieux ce qu'on fait et l'on a plus de chance d'aborder directement et correctement la région membraneuse. J'ajoute d'ailleurs que dans l'emploi de la diérèse thermique il n'y a pas seulement l'économie du sang, mais aussi la bénignité certainement plus grande qui résulte de la division des téguments et des couches sous-jacentes par le fer rouge.

On pourrait peut-être faire un reproche plus fondé et accuser le procédé en question de retarder la cicatrisation de la plaie cutanée. Il y a quelques années déjà, un honorable praticien s'occupant beaucoup des affections des voies urinaires pratiqua la taille avec le galvano-cautère : les choses allèrent bien, en ce sens qu'il ne survint pas d'accidents traumatiques, mais il m'est revenu que la plaie périnéale ne s'était fermée que fort tard, et que la ténacité de la fistule avait détourné le confrère en question de continuer ses essais. Mes faits, sans être aussi décourageants, plaideront cependant dans le même sens. Mon premier opéré fut taillé le 26 juin. La plaie n'était cicatrisée que le 18 août, il est vrai que depuis 20 jours au moins l'urine ne s'écoulait plus au dehors.

Chez l'opéré d'Amiens la fermeture de la plaie cutanée se fit également attendre plus de trois mois. Le cas de M. Anger est heureusement plus favorable, de sorte que ce point spécial est à étudier.

M. Guyon. La manière dont M. Verneuil vient de poser la question la rend facile à discuter. Il est bien entendu qu'il n'est pas question de la taille, mais des préliminaires de la taille. J'avoue n'avoir pas eu l'idée d'employer le thermo-cautère pour diviser le périnée, car la préoccupation de l'hémorrhagie ne m'y eût pas fait penser. On risque à peine, en effet, de rencontrer l'artère superficielle du périnée, et on n'écarte pas les plus grands dangers, qui résultent de la lésion de l'artère transverse et de la division du col de la vessie.

Aussi, pour recueillir tous les éléments de la question, demanderai-je les dimensions des calculs, en en exceptant celui de M. Verneuil, qui, parvenu dans la prostate, avait franchi l'étape la plus difficile.

Il serait bon de résoudre la question de l'hémorrhagie dans la taille ; c'est un accident à forme insidieuse et qui préoccupe à bon droit les chirurgiens. Des trois dernières tailles que j'ai eu occasion de pratiquer, la pénultième et l'antépénultième ont été compliquées d'hémorrhagies. Dans le premier cas, l'hémorrhagie s'est produite pendant l'opération et ne s'est pas reproduite ; dans le second cas, sans que rien pût faire prévoir un accident de cette nature, une hémorrhagie se déclara dans la journée, et la mort survint dans les 24 heures. Il faut donc s'efforcer de remédier aux

hémorrhagies qui compliquent la cystotomie. Le thermo-cautère ne peut résoudre ce grand problème ; il facilite le premier temps de l'opération, préserve du contact de l'urine les lèvres de la plaie, mais on peut contester ce dernier avantage, car certains auteurs, et je suis du nombre, ne croient pas à l'action nocive de l'urine au contact d'une plaie régulière.

J'ai demandé le volume des pierres extraites par nos collègues, parce que la lésion des plexus prostatiques joue un très-grand rôle dans les cas d'hémorrhagies. Et cela est si vrai, que même dans les cas où l'on pénètre dans la vessie sans avoir d'hémorrhagie, comme le faisait Dolbeau, si on a affaire à un calcul volumineux, on aura du sang.

Toutes les fois qu'on nous proposera un procédé dit hémostatique, il faudra comme corollaire s'informer des dimensions du calcul qui a été extrait : dans le cas de calcul de petit volume, l'hémorrhagie est causée par une lésion artérielle ; dans le cas de gros calcul, c'est aux plexus prostatiques qu'il faut faire remonter l'hémorrhagie.

M. Anger. Je suis le premier à reconnaître que le titre donné à mon observation par M. Verneuil est le vrai. Je n'ai pas fait complétement la taille avec le thermo-cautère, puisque je n'ai pas incisé la prostate.

M. Guyon m'a posé deux questions, la première a trait à la profondeur donnée à mon incision, la deuxième aux dimensions du calcul.

Pour la profondeur de mon incision, je répondrai que j'ai agi très-profondément, assez loin pour pouvoir sentir la rainure du cathéter. Ainsi donc j'avais dépassé le plan des artères bulbeuses qui auraient pu saigner si on n'avait pas employé le thermo-cautère. Les dimensions de la plaie étaient de 4 centimètres sur 2 centimètres 1/2.

Je serai moins affirmatif pour le volume du calcul : il s'est en effet écrasé entre les tenettes ; mais il avait bien le volume des deux pouces réunis.

Je signalerai à l'actif du thermo-cautère la facilité d'introduction des instruments dans la vessie, et ce fait était important dans ce cas particulier, en raison de la fracture du calcul qui a nécessité l'introduction des instruments à diverses reprises.

En résumé, j'ai obtenu le résultat auquel je tendais, qui était d'éviter une perte de sang chez un homme épuisé, atteint d'une affection complexe, puisqu'il a fallu le divulser séance tenante avant d'introduire le cathéter. La guérison a été très-rapide ; je n'ai eu que des escharres superficielles ; dès le 10e jour l'urine a repris son cours naturel et le 30e jour la cicatrisation était complète.

Quant aux avantages du thermo-cautère, je crois que l'on prévient ainsi les dangers de la stagnation de l'urine et même de son infiltration dans les plans musculaires du périnée. Ce n'est pas en effet au niveau de la région prostatique toujours nettement incisée, mais au niveau des plans du périnée diversement contractés que s'épanche le liquide urinaire.

M. Verneuil. Je ne parlerai que de mon second malade; le calcul était mou, s'est réduit sous la pression des tenettes: son volume était de 2 centimètres 1/2.

M. Guyon. Je constate que, d'après nos collègues, l'extraction était facile et qu'une des grandes causes d'hémorrhagies a été supprimée.

Il résulte de cette discussion que le thermo-cautère n'a été appliqué qu'aux préliminaires de la taille et que cette opération n'a pas été faite avec les instruments ignés. Nous devons à M. Verneuil de voir la question bien posée.

Il serait d'autant plus important de diminuer la gravité de la taille que l'on ne fait actuellement la cystotomie que dans les cas difficiles, et nous nous trouvons bien plus souvent que nos devanciers en face de pierres volumineuses, difficiles à extraire.

Lectures.

M. Tillaux donne lecture d'une lettre de M. le D[r] Chapplain dans laquelle notre confrère expose le fait suivant:

Il a fait le 26 mai dernier une opération d'hydrocèle chez un homme de 45 ans ; l'injection était constituée par de la teinture d'iode étendue de deux fois son volume d'eau. L'opération a marché très-régulièrement, il y a eu une inflammation trop modérée, dit notre confrère, et le liquide a persisté.

Une seconde inflammation aiguë et spontanée est survenue, assez intense pour nécessiter l'emploi des antiphlogistiques. La douleur a disparu, mais la tumeur a repris son volume primitif; il y a plus de dureté, la transparence a disparu suffisamment pour être douteuse.

Notre collègue repousse successivement la ponction, l'injection iodée ou vineuse, la décortication et fait appel à l'expérience et aux lumières des membres de la Société.

M. Desprès. Il me paraît difficile de répondre, privés que nous sommes d'un signe important, l'existence ou non de la transparence. Si cette transparence existe, mais très-obscure, ou si elle

reparaît dans quelques semaines, nous avons affaire à une récidive d'hydrocèle et je suis d'avis d'agir.

Si la transparence n'existe pas, le malade est atteint d'hématocèle et il faut s'abstenir de toute intervention.

M. Lannelongue. Je regrette de n'avoir pas vu signaler le volume de la tumeur. Quoi qu'il en soit, je pense que nous avons affaire à une récidive d'hydrocèle; dans ce cas, l'inflammation déterminée par l'injection iodée n'est pas adhésive. J'ai fait à Bicêtre l'autopsie d'individus porteurs d'hydrocèles ayant récidivé, il y avait une reproduction de liquide avec épaississement de la paroi.

En résumé, je suis pour l'expectative, bien que je n'admette pas que le défaut de transparence soit un indice certain d'hématocèle.

M. Tillaux. Je ne vois dans ce cas qu'une vaginalite entée sur un hydrocèle; il faut bien savoir que beaucoup d'hydrocèles ne guérissent qu'après plusieurs mois.

M. Marc Sée. Je me suis trouvé deux fois en face de cas analogues. L'un des malades portait un hydrocèle déjà ponctionné deux fois, il avait le volume des deux poings, une transparence vague. Je fis une ponction avec un fin trocart et je donnai issue à un liquide teinté de sang. J'engageai le malade à patienter, mais il voulut être opéré de suite et je me décidai à faire le drainage, qui amena une guérison assez rapide.

Mon second cas est la reproduction du premier, aussi conseillerai-je à notre collègue d'adopter ma ligne de conduite.

M. Després. Je ferai remarquer à M. Lannelongue, qui a parlé d'inflammation adhésive de la tunique vaginale après une injection iodée, que l'iode ne détermine pas d'adhérences entre les feuillets séreux.

M. Lannelongue. Je remercie M. Després de me fournir l'occasion d'exposer le résultat de mes autopsies d'hydrocèles; je croyais, comme M. Després, qu'il n'y avait pas d'exemples d'adhésion simple des deux feuillets séreux, mais il m'est arrivé deux fois de rencontrer une union intime de ces feuillets sans tissu intermédiaire et ces faits ont modifié mon opinion.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire,
Cruveilhier.

Séance du 25 juillet 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la France et l'étranger ;

2° Un travail intitulé : *Hypertrophie extraordinaire des mamelles*, par M. le professeur Benoist, de Montpellier ;

3° *Un cas de ligature de l'artère poplitée dans l'éléphantiasis de la jambe*, par MM. les Drs Casati et Bacchi ;

4° Un article sur la région fessière, de M. le Dr Farabeuf;

5° Le *Cours d'histologie* du même auteur;

6° Une observation de *Trachéotomie chez l'adulte au moyen du thermo-cautère*, par le Dr Krishaber (renvoyé à M. de Saint-Germain) ;

7° Une lettre de M. le Dr Nepveu pour se porter candidat à la place de membre titulaire.

A l'occasion du procès-verbal.

Du thermo-cautère dans la taille.

M. Anger. Dans la dernière séance, sur les observations présentées par MM. Verneuil et Guyon, je suis convenu que le malade présenté par moi à la Société de chirurgie n'avait pas subi l'opération.

Après introduction du cathéter cannelé dans la vessie, j'incise le périnée couche par couche jusqu'à l'urèthre. Portant alors le doigt au fond de la plaie, je reconnais la cannelure du cathéter et je ponctionne l'urèthre avec le thermo-cautère dans l'étendue d'un centimètre. Alors, au lieu d'introduire un lithotome dans la vessie, j'y introduis un écarteur à trois branches qui a à peu près la forme du lithotome double. Le cathéter qui m'a servi de conducteur est dégagé et retiré. L'écartement des trois branches de l'écarteur, qui est ainsi substitué au cathéter, distend à la fois la plaie périnéale et la portion prostatique de l'urèthre. Je n'ai donc pas fait une opération complète de la taille avec le thermo-cautère. Mais dans la note que j'ai remise à M. le secrétaire des séances, je disais que si j'avais à pratiquer de nouveau la taille, je n'hésiterais pas à me servir exclusivement du thermo-cautère, même pour ouvrir l'urèthre et inciser la prostate. Les expériences que j'ai faites de-

puis lors sur le cadavre m'ont démontré que l'emploi de cet instrument était facile, à la condition de modifier de la façon suivante le procédé opératoire :

Lorsque l'urine s'est écoulée, on a devant soi un trajet direct et béant allant du périnée jusque dans la vessie. De ce trajet la partie inférieure ou périnéale est déjà suffisamment grande pour donner passage au calcul; il ne reste donc plus qu'à sectionner l'urèthre et la prostate pour achever la taille.

Ce dernier temps de l'opération est facilement exécuté en substituant au thermo-cautère ordinaire un thermo-cautère ayant à peu près la forme du lithotome simple.

La branche supérieure de l'écarteur sert de conducteur en même temps qu'elle protége l'urèthre; le thermo-cautère est donc introduit avec une sécurité absolue jusqu'à la prostate ; alors l'instrument est ouvert et retiré ouvert comme dans la lithotomie ordinaire. Si l'étendue du trajet ne paraît pas suffisante, on fait une seconde et au besoin une troisième section. Je ferai remarquer que les branches de l'écarteur, en écartant les parois de l'urèthre à mesure qu'elles sont sectionnées, les mettent ainsi à l'abri de l'action cautérisante de l'instrument, et que par conséquent, non-seulement l'urèthre est protégé contre les brûlures inutiles, mais encore l'eschare des surfaces de section est aussi insignifiante que possible. Dans mes expériences sur le cadavre, après l'opération et grâce à l'écartement des lèvres de la plaie, je pouvais apercevoir la muqueuse vésicale, et nul doute qu'il ne m'eût été facile de voir le calcul et d'en abréger ainsi la recherche, recherche qui n'est pas toujours facile dans les anciens procédés de taille.

Rapports.

Rapport sur les communications faites par M. P. Berger à la Société de chirurgie,

par M. Th. Anger.

M. P. Berger a fait cette année à la Société de chirurgie quatre communications dont je suis chargé avec mes collègues, MM. Perrier et Nicaise de vous rendre compte.

La première de ces communications est relative à une femme à laquelle l'auteur a pratiqué la trachéotomie avec le thermo-cautère, et qu'il vous a présentée comme un succès à l'actif de ce procédé opératoire.

Deux particularités intéressantes sont à signaler dans l'observation de cette malade. C'est d'abord le choix judicieux du thermo-cautère, qui était parfaitement indiqué par l'état de congestion et

d'infiltration plastiques des plans aponévrotiques du cou qu'il fallait traverser pour arriver jusqu'à la trachée : la malade, en effet, était atteinte d'un œdème phlegmoneux du cou, probablement dû à une nécrose du cartilage cricoïde qui était survenue dans la convalescence d'une fièvre typhoïde.

Il est certain que dans un cas semblable le thermo-cautère met mieux à l'abri des hémorrhagies que ne pourrait le faire le bistouri, et de fait l'opération ne fut accompagnée ni suivie d'aucun écoulement de sang.

La seconde particularité intéressante, c'est l'absence d'eschare et d'ulcération à la surface de la plaie, quoique la tuméfaction et l'écartement des lèvres de section fussent très-notables. La réparation fut rapide, puisque dès le 10e jour il fallait réprimer les bourgeons charnus avec le nitrate d'argent. Ce ne fut cependant qu'au bout de 5 semaines qu'on put enlever la canule, et 8 jours après, on constatait l'existence d'une belle cicatrice linéaire telle qu'en peut donner le bistouri le mieux affilé.

Vous vous rappellerez, messieurs, un intéressant mémoire que M. Berger vous lut l'an dernier sur les phénomènes nerveux de l'étranglement herniaire. Cette année, les investigations de notre confrère, et j'espère bientôt dire de notre collègue, ont eu pour objet un autre ordre de phénomènes non moins fréquents et dont la Société a déjà eu occasion de s'occuper.

Il s'agit des complications pulmonaires qui surviennent dans le cours de l'étranglement herniaire. Voici le résumé du fait rapporté par M. Berger :

Une femme de 53 ans, faible et débilitée, portait depuis longtemps une hernie crurale intestino-épiploïque irréductible. Les signes d'étranglement étaient si peu marqués, qu'elle fut admise dans un service de médecine et traitée là quelques jours avant que l'on songeât à la transférer dans le service intérimaire de M. Berger. Mais à peine y fut-elle admise, qu'elle fut prise de vomissements qui, joints au météorisme et à la constipation, firent penser à l'existence d'un étranglement. M. Lucas-Championnière, appelé auprès de la malade, incisa le sac et trouva l'épiploon et une anse intestinale unis entre eux et au sac par d'anciennes adhérences.

Après avoir essayé de les rompre, et débordé par l'écoulement sanguin, il se borna à pratiquer quelques débridements sur le pourtour du collet du sac, laissa l'intestin et l'épiploon au dehors, fit un pansement de Lister et réunit la plaie. Ce ne fut qu'au bout de 36 heures que la malade commença à rendre par l'anus des gaz d'abord, puis des matières fécales. Aucune complication locale n'apparut au niveau de la hernie, et cependant, dès le troisième

jour, la température s'éleva et la malade s'affaiblit. Ne trouvant du côté de l'abdomen aucune cause qui expliquât cet état grave, M. P. Berger ausculta la poitrine, et constata l'existence de râles humides dans les deux poumons et, de plus, à droite, du souffle tubaire, râles et souffle qui ne s'étaient révélés ni par la toux, ni par une oppression notable. La malade succomba en moins de 36 heures ; l'autopsie démontra qu'il n'existait aucune trace de péritonite, mais que les deux poumons, emphysémateux dans toute leur partie antérieure, étaient excessivement congestionnés en arrière dans toute la hauteur des gouttières costo-vertébrales. En outre, le poumon gauche était en partie hépatisé. L'étendue et la gravité de ces lésions montraient manifestement quelle avait été la cause de la mort.

M. Berger ajoute au fait que je viens de résumer quelques réflexions très-sages. D'abord il examine la conduite que doit tenir le chirurgien en présence d'une hernie entéro-épiploïque adhérente, et tout en rappelant que dans deux cas semblables M. Trélat, après avoir détruit les adhérences et arrêté les hémorrhagies, avait réduit avec succès l'intestin, il fait remarquer que la conduite opposée, suivie par M. Lucas-Championnière, avait également réussi, puisque l'opérée ne présentait aucune trace de péritonite.

Cette absence de péritonite est-elle due au pansement phéniqué ? M. Berger tend à l'admettre, mais je ne saurais le suivre dans cette interprétation, parce qu'il n'est que trop fréquent de voir les plaies rester indemnes de toute inflammation, garder même une belle apparence précisément lorsque apparaît quelque inflammation viscérale, si sourde et latente qu'elle soit.

D'ailleurs la malade a succombé au bout de 4 jours, et si elle eût vécu, ce n'est pas au bout d'un délai si court que ces sortes de plaies sont à l'abri d'accidents.

Qui de vous n'a vu le sac herniaire s'enflammer et l'inflammation gagner le péritoine huit, dix jours après l'opération, alors que l'état de la plaie présageait un succès presque certain ? Je conclus de cette remarque que, dans le fait qui nous est soumis, c'est plutôt à la complication phlegmasique du poumon qu'au mode de pansement employé que l'on doit attribuer l'absence de péritonite.

La seconde réflexion sur laquelle insiste M. Berger est la marche latente et insidieuse de la broncho-pneumonie qui a emporté si brusquement sa malade. Celle-ci ne toussait pas ; aucune oppression, pas même de fréquence dans sa respiration. Le bon état de la plaie ne pouvant expliquer l'affaissement dans lequel elle est tombée, M. Berger, en bon clinicien, explore les organes thoraciques, et c'est alors qu'il découvre la complication.

Déjà M. Verneuil, dans différentes communications à la Société de chirurgie, dans les thèses de ses élèves, avait appelé l'attention sur le caractère insidieux de ces congestions viscérales; mais si réelles, si fréquentes même qu'elles soient, il ne faudrait cependant pas les considérer comme des conséquences nécessaires ou spéciales de l'étranglement herniaire. Le lien qui rattache la phlegmasie pulmonaire latente à l'étranglement herniaire ne les enchaîne pas l'une à l'autre; et il en est sous ce rapport de l'étranglement comme de toute autre maladie chirurgicale. Toutes peuvent se compliquer de phlegmasies viscérales; mais, pour établir une relation de cause à effet, il faudrait prouver que tout étranglement herniaire entraîne à sa suite un trouble latent dans la circulation et les fonctions du poumon.

Je sais bien qu'on invoque à l'appui de cette manière de voir les belles expériences de Brown-Séquard, qui a démontré que les traumatismes portés sur certains points de l'encéphale avaient pour conséquence constante des congestions pulmonaires allant jusqu'à l'apoplexie. Cette assimilation des phénomènes physiologiques aux phénomènes pathologiques de l'étranglement ne me semble pas acceptable. En effet, Brown-Séquard détruisait directement le pont de Varole qui est considéré comme un centre vaso-moteur, et dès lors la constance des troubles vaso-moteurs du poumon s'explique facilement. Dans l'étranglement, au contraire, il faut avoir recours aux actions réflexes pour expliquer les phlegmasies pulmonaires qui se produisent; la relation de cause à effet n'est donc plus la même. Si l'étranglement herniaire devait provoquer par lui-même des troubles vaso-moteurs, c'est, il me semble, sur l'intestin qu'on devrait les observer tout d'abord.

Pour que ces troubles apparaissent dans le poumon, il faut évidemment qu'il y ait autre chose qu'une action réflexe pure et simple; il faut une prédisposition organique, et alors selon que l'organe faible sera le poumon, le cœur, le foie ou les reins, la phlegmasie atteindra l'un ou l'autre de ces organes. Ces réserves faites sur l'explication que M. Berger nous a donnée de la broncho-pneumonie de la malade, nous ne pouvons qu'applaudir à la conséquence clinique qu'il en a tirée, c'est-à-dire à la nécessité pour le chirurgien d'examiner minutieusement tous les organes dès que l'état local n'est plus suffisant pour expliquer l'état général du malade.

Une 3e communication vous a été faite sur un cas de luxation sous-astragalienne compliquée de renversement de l'astragale, que M. Berger a réduite, on pourrait presque dire malgré l'anesthésie chloroformique. Un jeune homme de 20 ans tombe d'une hauteur de deux mètres, ne peut se relever et se fait transporter à

la Pitié, où l'on constate une luxation sous-astragalienne en dehors, luxation caractérisée par les signes que voici : pied gauche porté en totalité en dehors, sous bord interne correspondant à l'axe prolongé de la jambe ; dépression profonde en dehors au niveau de la malléole externe ; saillie de la malléole interne au-dessous de laquelle les téguments sont fortement tendus ; en avant et en dedans de la malléole interne,autre saillie considérable, hémisphérique, formée par la tête de l'astragale qui est enclavée entre la malléole interne et le bord postérieur du scaphoïde, enfin mobilité prononcée de l'articulation tibio-péronière.

Tous ces signes appartiennent nettement à la luxation sous-astragalienne en dehors, mais aucun ne révèle jusqu'à présent le renversement de l'astragale dans sa mortaise tibio-péronière.

Ce n'est qu'au moment de la réduction que M. Berger, en pressant avec les pouces sur la tête de l'astragale, perçoit un premier claquement dont il s'autorise pour admettre le renversement de l'astragale, puis un second coïncidant avec la rentrée de la tête dans la fosse scaphoïdienne. La réduction opérée, on constate la mobilité latérale du pied qui joue dans la mortaise tibio-péronière et confirme la rupture des ligaments péronéo-tibiaux. Il est évident que l'élargissement de cette mortaise rend tout à fait admissible le renversement de l'astragale. Mais s'il en est ainsi, au lieu d'intituler son observation luxation sous-astragalienne, M. Berger eût pu lui donner le titre de luxation avec renversement de l'astragale. En effet, dès que la surface articulaire de l'astragale perd ses rapports normaux d'une part avec la mortaise tibio-péronière, de l'autre, avec les surfaces du calcanéum et du scaphoïde, ce n'est plus une luxation sous-astragalienne, mais bien réellement une luxation de l'astragale.

Une autre remarque à laquelle se prête l'observation de M. Berger, c'est le fait de l'inutilité de l'extension et de la contre-extension qui ont été pratiquées pour réduire la luxation. *Au moment où le chirurgien saisit le pied pour repousser la tête, le malade, qui s'est à moitié réveillé du sommeil chloroformique, est pris d'une sorte de crampe des muscles de la jambe ; le pied se luxe plus complètement en dehors et la tête de l'astragale devient mobile. Alors une pression énergiquement dirigée sur elle fait tourner l'os sur son axe vertical : il reprend avec un fort claquement sa direction antéro-postérieure et il suffit de ramener le pied dans l'adduction pour faire rentrer la tête dans la cavité scaphoïdienne.*

Ce mode de réduction rappelle tout à fait ce qui se passa dans le cas du professeur Carmichaël de Dublin. Il s'agissait d'une luxation sous-astragalienne en arrière, et l'on était en train de

faire l'extension avec des poulies, quand un effort convulsif du malade fit lâcher prise au chirurgien et fit aussitôt rentrer l'astragale dans sa cavité. Ces deux faits montrent bien que dans les luxations sous-astragaliennes en dedans, au lieu de faire l'extension du pied, il faut exagérer la déviation du pied en dehors en même temps que repousser l'astragale dans sa cavité. Mais si ce précepte est vrai pour les luxations astragaliennes en dedans, il ne l'est plus pour les luxations astragaliennes en dehors. Il y a deux ans, j'ai présenté moi-même à la Société de chirurgie le moule d'une luxation astragalienne en dehors, qui fut aisément réduite par l'extension directe avec le caoutchouc, sans que j'aie eu besoin de chloroformiser le malade. On peut conclure de ces faits que, si l'extension du pied s'oppose à la réduction des luxations astragaliennes en dedans, elle favorise au contraire celle des luxations en dehors.

Reste une quatrième communication que M. Berger nous a lue sur la fracture du crâne avec enfoncement des fragments, fracture qui a guéri sans trépanation, sans nécrose ni accidents cérébraux consécutifs. Les indications et contre-indications de la trépanation devant être discutées prochainement sur un rapport de notre collègue, M. Le Dentu, il ne me semble pas opportun de soulever cette question à propos d'un fait négatif ; mais, les observations de M. Berger et les réflexions dont il l'accompagne étant un élément important de discussion, je propose à la Société de publier dans les bulletins ce travail, d'ailleurs très-court, de notre confrère.

Des complications pulmonaires de l'étranglement herniaire,

par Paul Berger.

Dans la séance du 3 mai 1871, M. le professeur Trélat communiquait à la Société de chirurgie l'observation d'un homme atteint de hernie étranglée qui était mort, dans son service, après la réduction de la hernie, avec des phénomènes singuliers de cyanose, et à l'autopsie duquel on avait trouvé de l'emphysème des deux poumons. Dans la discussion qui suivit (10 et 17 mai), M. le professeur Verneuil rapporta l'histoire de plusieurs malades atteints de hernie étranglée qu'il avait opérés et observés, et chez lesquels la mort était survenue par le fait d'une congestion pulmonaire dont l'apparition semblait pouvoir être attribuée à l'étranglement. Rappelant à cette occasion les idées qu'il avait déjà émises en 1869 (*Des causes de la mort rapide dans les affections chirurgicales*, — *Gazette heb.*, n°s 22, 25 et 45, 1869), M. Verneuil insistait particulièrement sur la fréquence et la gravité des lésions pulmonaires qui compliquent l'étranglement herniaire, surtout chez les sujets qui présentent une prédisposition tirée de l'existence de lésions

viscérales antérieures, affections pulmonaires chroniques, affections cardiaques, cirrhose, alcoolisme, etc.

J'eus moi-même l'occasion, en 1873 (séance du 7 février), de présenter à la Société anatomique une observation qui confirmait de tous points les idées de ce professeur, et bientôt après plusieurs faits nouveaux, du même ordre, étaient publiés dans la thèse d'un élève de M. Verneuil, M. Ledoux (*De la congestion pulmonaire comme complication de l'étranglement herniaire*, Thèse Paris, 1873). L'année dernière encore, dans la séance du 12 juillet, je lisais ici l'observation d'étranglements graves marqués par des phénomènes nerveux et suivis, dans un certain nombre de cas au moins, de l'apparition de cette complication thoracique. Enfin M. Carville (*Société anatomique*, *Bulletins*, 5e série, t. VIII, p. 118, a pu constater l'existence de congestions pulmonaires chez des chiens sur lesquels il avait pratiqué la ligature d'une anse intestinale; j'ai de même observé non-seulement des congestions, mais encore des infarctus et des foyers hémorrhagiques sur les animaux soumis au même mode d'expérimentation (*Arch. gén. de médecine*, août 1876, et *Bulletins Soc. de chirurgie*, no 3, t. II, p. 210). Je sais à la vérité que, dans des expériences analogues communiquées à la Société de biologie, M. le Dr Terrillon n'a rien pu obtenir de semblable.

Ce sujet ne présente donc plus l'attrait de la nouvoauté, et néanmoins l'examen des organes thoraciques ne remplit pas la place qu'il devrait occuper lorsqu'il s'agit d'apprécier les signes, de prévoir la marche et d'instituer le traitement d'un étranglement herniaire. Aussi je crois utile de communiquer l'observation suivante, où mon attention fut mise en défaut par l'absence de tout signe apparent jusqu'au moment où la complication, latente en quelque sorte jusqu'alors, devint manifeste, mais trop tard pour que l'on pût espérer modifier sa marche et s'opposer à son aggravation rapide.

OBSERVATION. — *Étranglement d'une hernie crurale intestino-épiploïque depuis longtemps irréductible. — Débridement. — Mort de broncho-pneumonie : bronchite chronique et emphysème antérieurs à l'étranglement.*

Le 3 avril, dans l'après-midi, l'on fait passer dans le service de M. le professeur Verneuil, que je suppléais, à la Pitié, une malade qui, depuis plusieurs jours, était couchée dans une salle de médecine. Cette malade, âgée de 53 ans, faible et débilitée, s'exprimait fort imparfaitement en français; elle était peu intelligente. On l'avait considérée comme atteinte de bronchite chronique et d'emphysème. Elle portait bien dans l'aine gauche une tumeur douloureuse ; mais elle affirmait que cette tumeur ne rentrait pas d'ordinaire. Ce ne fut donc qu'au

bout de quelques jours, pendant lesquels à aucun moment il ne s'était présenté de vomissements, que la constipation persistante et le météorisme qui se prononçait davantage éveillèrent l'attention. A peine admise dans le service de chirurgie, elle vomit des matières intestinales, et ces vomissements continuèrent dès lors presque sans interruption, même pendant l'opération qui fut pratiquée à 10 heures du soir par M. Lucas-Championnière.

Celui-ci trouva le sac rempli par une masse considérable d'épiploon adhérent à sa face interne; en développant l'épiploon, il aperçut une anse instestinale profondément située, dont la surface était unie à l'épiploon par des adhérences anciennes et fort intimes. M. Lucas-Championnière entreprit de les détruire, mais après avoir libéré une certaine étendue de l'anse, il dut s'arrêter devant l'écoulement sanguin notable que déterminèrent ces tentatives. Ne pouvant donc espérer pratiquer la réduction, M. Lucas-Championnière débrida largement et en plusieurs endroits le collet du sac, et après avoir réséqué derrière une ligature faite avec du catgut à l'acide chromique tout ce qu'il put enlever d'épiploon, il refoula l'anse adhérente aussi près que possible de la cavité abdominale dans le trajet herniaire. La plaie extérieure fut réunie par trois points de suture, son angle inférieur fut laissé ouvert pour donner passage à deux tubes à drainage placés jusqu'au fond du sac herniaire. On recouvrit toute la région de couches d'amadou imbibées d'une solution phéniquée au 40e, de taffetas gomme et d'ouate.

Le lendemain (4 avril) la malade est fort affaissée; les vomissements ont cessé aussitôt après l'opération, mais il n'y a eu ni émission de matières, ni gaz rendus par l'anus. Le ventre est médiocrement développé, souple; il n'est nullement douloureux.

Le 5 avril j'enlève le pansement; la plaie et ses environs ne présentent que peu de gonflement et de réaction inflammatoire. Le ventre est souple; des gaz ont été rendus en assez grande quantité par l'anus; la température n'atteint pas 38°.

Le lendemain, au contraire (6 avril au matin), il y a une très-notable élévation de la température (39°,9), bien que des évacuations abondantes se soient produites. Les environs de la plaie sont tuméfiés et douloureux; j'enlève les points de suture, attribuant aux phénomènes locaux la fièvre qui existe. Aux questions qu'on lui fait, la malade répond qu'elle n'est pas oppressée; on ne l'a pas entendue tousser.

L'administration de sulfate de quinine fait dès le soir baisser notablement la température; mais le 7 avril, quoique celle-ci ne dépasse guère 38°,5, la malade paraît très-affaiblie. Je la fais asseoir avec précaution et l'auscultation révèle des râles humides nombreux dans les deux poumons en arrière, et de plus, à droite, un point où il existe du souffle tubaire et de la résonnance broncho-phonique de la voix. En avant, la respiration ne présente pas de caractère sthétoscopique anormal. Malgré l'application très-large de ventouses sèches sur la poitrine, et l'administration de fortes doses d'alcool auxquelles on avait eu recours dès la veille, la malade succombe le soir même vers 5 heures.

L'*autopsie*, pratiquée le 9 au matin, fait reconnaître une hernie crurale, sac épais dont le collet fibreux et relativement étroit portait les traces du débridement. Derrière l'épiploon que renfermait encore le sac, était une anse intestinale complète, dont la coloration montrait qu'elle avait été l'objet de l'étranglement. Cette anse, située dans l'anneau crural, adhérait à l'épiploon par une bonne partie de sa surface; ces adhérences étaient fibreuses, fort anciennes, l'on pouvait même y suivre quelques vaisseaux. L'intestin, du reste, ne portait aucune lésion récente sérieuse; sa muqueuse était intacte quoique congestionnée au niveau des points sur lesquels avait dû s'exercer la constriction.

Le péritoine était absolument indemne d'inflammation; il ne renfermait pas de liquide. Les deux bouts de l'intestin et l'épiploon adhéraient déjà d'une façon intime au pourtour de l'orifice herniaire.

Mais les poumons, emphysémateux dans toute leur partie antérieure, présentaient en arrière dans toute la hauteur une congestion intense. Le poumon gauche était encore crépitant, quoique gorgé de sang; mais le poumon droit était hépatisé dans une partie de son étendue, et la pression faisait sortir de sa coupe un liquide purulent que l'on retrouvait également dans les bronches. L'étendue et la gravité de ces lésions indiquaient manifestement quelle avait été la cause de la mort.

Cette observation est un exemple d'un des cas les plus embarrassants qui puissent se trouver dans la pratique. Les adhérences qui unissaient l'épiploon et l'anse intestinale herniée étaient de celles qui ne peuvent céder qu'à une dissection minutieuse, entraînant un suintement sanguin notable par la surface de l'intestin. M. Trélat, dans deux cas semblables dont il communiqua l'observation à la Société de chirurgie dans la séance du 12 avril 1871, dut, avant de réduire, arrêter l'écoulement de sang soit par l'attouchement des surfaces cruentées au perchlorure de fer, soit par la cautérisation avec un stylet rougi. Dans le premier de ces cas, l'intestin ne put être réduit qu'au bout de 20 minutes; dans le second, après trois quarts d'heure seulement. Les deux malades guérirent, il est vrai, mais l'inconvénient de laisser l'intestin exposé à l'air pendant un temps aussi long, la crainte de voir le suintement sanguin se reproduire après la réduction, paraissent avoir guidé M. Lucas-Championnière dans la conduite qu'il a tenue et qui fut suivie de succès. Car, bien que l'intestin n'eût point été réduit, le cours des matières se rétablit et il n'existait pas traces de péritonite à l'autopsie.

Cette absence de complications locales mérite d'autant plus d'être notée, que la hernie contenait une masse considérable d'épiploon qui dut être réséqué. Faut-il attribuer l'absence de péritonite à l'emploi que fit M. Lucas-Championnière de la ligature de catgut et au pansement antiseptique auquel il eut recours ? C'est

ce qu'il serait hasardeux d'avancer, et pourtant l'on doit tenir compte du pansement qui a été suivi dans l'appréciation de l'heureux résultat local d'une opération pratiquée dans des conditions très-défavorables.

Mais ce qu'il importe surtout de relever, ce sont les circonstances dans lesquelles survint la complication qui entraîna la mort.

Cette femme était atteinte d'une affection chronique des poumons, ainsi que le diagnostic posé dans le service de médecine où elle fut traitée, ainsi que les lésions, l'emphysème observés à l'autopsie permettent de l'affirmer.

Pendant les premiers jours de l'étranglement, et même durant les 48 premières heures qui suivirent l'opération, cette lésion reste muette en quelque sorte. La malade ne manifeste pas de dyspnée, elle ne tousse pas, la température ne montre aucune élévation de la calorification.

Puis, au bout de ce temps, la température s'élève, la dyspnée survient, et apparaissent tous les symptômes qui motivent l'examen physique de l'appareil respiratoire. Celui-ci démontre l'invasion d'une broncho-pneumonie à laquelle la malade succombe au bout de 36 heures, malgré l'emploi des révulsifs largement appliqués et de l'alcool à forte dose.

Si l'on consulte les observations communiquées par M. Verneuil à la Société de chirurgie, celles qui sont contenues dans la thèse de M. Ledoux, celles enfin que j'ai publiées dans un travail inséré dans les *Bulletins* de cette Société, on voit que c'est le plus souvent quelques jours après l'opération de la kélotomie que les phénomènes fonctionnels et l'état général ont attiré l'attention sur la complication pulmonaire. Il faut donc admettre que celle-ci suit une marche insidieuse, et qu'elle existe probablement plusieurs jours à l'état latent avant d'éclater. La marche rapidement grave que présente l'affection thoracique, dans le plus grand nombre des cas, l'inutilité des moyens dirigés contre elle, font ressortir tout l'intérêt qu'il y aurait à la prévoir ou tout au moins à la reconnaître avant que l'aggravation de l'état général ne vînt la rendre manifeste. Or, une condition importante, qui joue un rôle évident dans la production de cette complication, doit faire craindre son invasion et pourrait peut-être permettre de la saisir à son début. Je veux parler des lésions viscérales antérieures, dont la fréquence a été relevée par M. Ledoux dans sa thèse ; principalement des affections antérieures du poumon et des bronches, où la congestion et l'inflammation viennent se fixer, sous l'influence de l'étranglement, en quelque sorte *in loco minoris resistentiæ*.

Je crois donc que, toutes les fois que l'on aura affaire à un étranglement herniaire survenu chez un sujet chez lequel on

pourra soupçonner l'existence d'une affection plus ou moins ancienne de l'appareil respiratoire, le chirurgien devra, plus qu'à l'ordinaire encore, avoir l'attention fixée sur le fonctionnement de ces organes, s'enquérir minutieusement de leur état et des signes qui peuvent en révéler l'altération, interroger surtout le chiffre des inspirations. Si cet examen présente quelque doute, malgré l'inconvénient qu'il peut y avoir à faire exécuter à l'opéré un changement de position dans lequel on apportera tous les ménagements possibles, on ne devra pas attendre pour recourir aux signes sthétoscopiques que la dyspnée, la toux, la cyanose, indiquent un stade avancé de la complication, avec laquelle le chirurgien serait réduit à engager un combat trop inégal.

Fracture du crâne avec enfoncement compliqué de plaie communiquant avec la cavité crânienne. — Accidents cérébraux primitifs. — Expectation. — Guérison sans névrose et sans accidents cérébraux consécutifs,

par Paul Berger.

Le 24 août 1876, je faisais la consultation à l'hôpital de la Pitié, où j'avais l'honneur de suppléer M. le professeur Verneuil, quand je fus appelé dans la salle Saint-Louis pour un jeune malade qui venait d'entrer avec une plaie de tête et qui, disait-on, avait eu deux violents accès de convulsions. Un instant après j'arrivai auprès du lit du jeune Prieur (Charles), âgé de 13 ans (nº 1, salle Saint-Louis), que je trouvai dans un état voisin du coma.

Le matin même, vers dix heures, il avait reçu d'une hauteur de plusieurs mètres un fort boulon de fer, très-pesant, qui lui était tombé sur la tête et qui y avait déterminé une plaie. Le blessé était resté sans connaissance; au bout d'une dizaine de minutes il était revenu à lui, et on l'avait transporté à l'hôpital en voiture. Là, il avait dû gagner la salle à pied, mais il avait montré une extrême répugnance à y rester. Au moment où la religieuse le couchait, il se renversa soudain en proie à des convulsions épileptiformes qui durèrent quelques instants. Quelques minutes après qu'elles se furent dissipées, son patron s'étant approché pour lui parler, il fut repris de convulsions généralisées et beaucoup plus violentes, elles se terminèrent au bout de quelques minutes, et il tomba dans un état d'insensibilité complète.

A la région pariétale droite, vers la bosse, est une double plaie limitant de chaque côté une petite languette de cuir chevelu large d'un centimètre à peine. La plus grande des deux plaies a 4 centimètres d'étendue : elle est remplie de sang coagulé, béante, déchiquetée et contuse. Elle repose sur une bosse sanguine de la grosseur d'un œuf de pigeon au moins. Cette bosse empêche la palpation de rien laisser sentir; j'introduis donc le doigt dans la plaie et je sens aussitôt un rebord circulaire qui me paraît partout recouvert par le périoste; nulle part je ne sens de rebord ou de pointe osseuse à nu. Le trou est irrégulièrement circulaire, de 3 centimètres au moins de diamètre;

dans son aire, le doigt sent nettement 2 ou 3 fragments enfoncés et formant comme un entonnoir dont le sommet dirigé vers la cavité crânienne paraît avoir pénétré à 1 centimètre de profondeur au moins. Les fragments paraissent légèrement mobiles et dépressibles, mais on ne sent pas de battements. Il n'y a pas d'écoulement sanguin.

Le malade semble plongé dans un sommeil profond. La respiration est calme et très-lente, légèrement stercoreuse, les pupilles un peu contractées, les yeux parallèlement déviés vers le côté blessé (droit), la tête tournée et fixée en sens inverse. Les membres inférieurs sont dans la résolution, les supérieurs très-légèrement contracturés. Le malade ne donne aucune marque de sensibilité, les tons réflexes sont conservés. Le pouls est très-lent, mais fort et régulier ; la température à 36°, 7.

Avant d'assumer la responsabilité d'une trépanation, n'ayant du reste pas sous la main les instruments nécessaires, je donnai rendez-vous aux élèves du service pour 2 heures de l'après-midi, persuadé d'ailleurs que le malade ne courait pas de danger absolument immédiat. En l'absence de M. Verneuil, je me rendis aussitôt chez M. le professeur Gosselin pour lui demander son avis. Ce chirurgien, tout en reconnaissant que l'indication la plus formelle du relèvement des fragments, l'existence d'une dénudation faisant communiquer le foyer de la fracture et l'intérieur du crâne avec l'extérieur, manquait, me considéra comme suffisamment autorisé par l'existence de symptômes cérébraux graves, d'une plaie et d'un enfoncement notables, à pratiquer le relèvement de fragments à l'aide du trépan, s'il était nécessaire.

Je retournai donc à la Pitié, après m'être muni de tout ce qu'il fallait et bien décidé à opérer aussitôt. Quel fut mon étonnement de trouver le petit malade parfaitement éveillé, faible, mais parlant, regardant, remuant et ne se plaignant que d'une douleur locale très-supportable ! Je résolus d'attendre, en me tenant prêt à agir : je fis mettre en permanence une vessie de glace sur la tête, observer la diète, poser quelques sinapismes et administrer un lavement purgatif.

Le 25 août, la nuit a été excellente ; la température est à 37°, le pouls calme et plein ; le blessé a toute sa connaissance ; il manifeste un peu de douleurs de tête néanmoins. La boue sanguine a diminué ; la plaie laisse échapper un peu de sérosité qui vient évidemment de caillots sanguins. Mon collègue, M. Marchand, est d'avis comme moi qu'en présence d'un état aussi satisfaisant il n'y a pas d'intervention immédiate à tenter. Et, en effet, pendant deux jours encore, le malade manifesta un bien-être absolu.

Le 28 la plaie suppure un peu : l'administration d'un purgatif amène quelques vomissements.

Le 29, il y a eu de la fièvre, de la douleur de tête ; le cuir chevelu décollé au niveau de l'enfoncement, que l'on sent très-nettement au travers de la peau, retient une suppuration un peu sanieuse ; les bords de la plaie se sont modifiés en partie. J'incise les téguments décollés perpendiculairement à la plaie, que je transforme ainsi en un T ; une

assez notable quantité de pus s'écoule ; il baigne un fragment osseux dont on voit l'angle dénudé ; le périoste est tuméfié, rouge, granuleux. Le liquide dans le fond de la plaie est animé de battements isochrones au pouls. Pansement phéniqué souvent renouvelé.

Le jour suivant, la fièvre a disparu, l'état général est excellent, l'état local aussi bon que possible. Il y a une vaste perte de substance causée par la mortification de la peau; au fond une cavité anfractueuse que je me garde d'explorer où l'on voit un fragment à nu entouré de bourgeons charnus partis du périoste; le liquide au fond de la plaie présente toujours les mêmes pulsations. Une dénudation s'est montrée par le fait du gonflement et d'une sorte de rétraction du périoste sur la partie supérieure du contour de l'enfoncement, mais l'os a conservé sa vitalité; il est injecté et de couleur rosée.

Le 10 septembre, on ne trouve plus de fragment osseux à découvert; des granulations de bonne nature recouvrent toute la surface de la plaie. Celle-ci est en quelque sorte infundibuliforme, présente une dépression profonde renfermant un liquide très-purulent qui est animé de battements isochrones au pouls.

Le 20 septembre, le liquide que contient le fond de la plaie ne présente plus de battements. La surface entière de la plaie est recouverte par des bourgeons charnus.

Le 1er octobre, la plaie, tout en restant assez profonde, est cicatrisée à sa circonférence et réduite d'un bon tiers de sa superficie. L'enfant est plein de santé; il a grandi et grossi.

La plaie est aujourd'hui en pleine cicatrisation, elle est fortement déprimée, sa circonférence repose sur le rebord osseux saillant qui limite l'enfoncement. La guérison complète n'est certainement plus qu'une affaire de temps.

L'observation que je viens de lire est un exemple nouveau de la bénignité relative que présentent les lésions traumatiques du crâne chez les enfants. Mais, quoique la rareté des complications graves du côté de l'encéphale, chez eux, notamment de la méningite et de l'encéphalite, comme accidents consécutifs, de l'abcès du cerveau, comme accident tardif, soit établie par de nombreuses observations, et qu'on ait pu voir chez de jeunes sujets les lésions traumatiques du cerveau en apparence les plus graves guéries de la façon la plus inespérée, je crois devoir insister sur quelques-uns des phénomènes qui se sont produits dans le cas présent, et sur l'abstention dans laquelle j'ai cru devoir me renfermer.

A quelle lésion peut-on rattacher les accidents cérébraux, convulsions et coma que le malade présenta lors de son admission à l'hôpital? Quoique la fracture du crâne eût été suivie, aussitôt après sa production, des phénomènes caractéristiques de la commotion cérébrale, ces accidents s'étaient dissipés, le blessé avait repris connaissance, et l'état grave où je le trouvai quand je le vis pour la première fois ne pouvait s'expliquer par la prolongation des

accidents qui avaient succédé immédiatement à l'action du traumatisme.

L'irritation de la surface du lobe pariétal par la saillie des fragments enfoncés, la compression produite par un épanchement sanguin intra-crânien pouvaient seules être invoquées. La rapidité avec laquelle ces accidents se dissipèrent ne permet pas d'avoir recours à cette seconde explication, rendue déjà peu vraisemblable par l'absence d'hémiplégie, malgré l'existence de la respiration stercoreuse et des contractures.

Si les convulsions et le coma étaient produits par l'irritation de la surface cérébrale déterminée par les fragments, d'où vient qu'ils ne se soient pas montrés aussitôt après la fracture et qu'ils n'aient pas persisté un temps beaucoup plus long? Cette question est fort difficile à résoudre. Pourtant nous ferons observer que ces accidents se sont produits après un trajet en voiture, pendant lequel les injures mécaniques produites par les mouvements, le cahotement, s'étaient ajoutées à la compression exercée par les fragments; qu'ils se sont dissipés au bout de quelques heures de repos. Nous ferons remarquer de plus, que les accès convulsifs étaient survenus à deux reprises, à la suite d'émotions morales et de contrariétés, à un moment où l'on peut supposer que l'activité cérébrale était augmentée et son excitabilité accrue.

L'apparition de convulsions, compliquant une lésion traumatique ayant porté sur les circonvolutions pariétales, doit être ajoutée aux autres faits qui serviront un jour à trancher la question des localisations cérébrales. Elle est en rapport avec ce que l'on sait du rôle physiologique et de l'excitation expérimentale de l'écorce de ces circonvolutions.

Le revirement d'opinion qui s'est fait dans ces derniers temps en faveur de la trépanation dans les fractures du crâne avec enfoncement me force à justifier la conduite que j'ai été amené à tenir.

J'ai été guidé principalement par trois considérations :

La disparition spontanée des accidents cérébraux primitifs, dont la cessation a fait disparaître l'indication la plus formelle du trépan ;

L'absence de dénudation constatée, bien que celle-ci existât réellement, l'examen immédiat sur ce point ne nous ayant fait reconnaître ni os dénudé, ni battements. Pour découvrir la solution de continuité du péricrâne, il eût fallu inciser le cuir chevelu et enlever les caillots sanguins, et cette pratique, sans entraîner de danger véritable, me paraissait constituer une aggravation, peut-être inutile, du traumatisme ;

L'âge du sujet, qui me faisait espérer qu'il resterait à l'abri des accidents consécutifs.

Si, du reste, on peut tirer quelque lumière des statistiques en pareille matière, il ressort de la plus complète de celles qui ont été publiées, que la trépanation entraîne une mortalité d'autant moins grande qu'elle se fait à une époque plus reculée.

Le Dr Bluhm, médecin au 41e régiment d'infanterie prussienne, a réuni, dans un long travail paru cette année dans le *Langenbeck's Ovichor für Klinische Chirurgie* (vol. XIX, fasc. 1, 2 et 3), 925 cas de lésions traumatiques du crâne pour lesquelles la trépanation, ou le relèvement des fragments, a été pratiquée. La plupart de ces observations y sont résumées, et de leur examen il ressort que dans les fractures du crâne par traumatisme simple, la trépanation a donné les résultats suivants :

	Pour cent de mortalité.
La trépanation primitive	55,26
La trépanation secondaire.	39,24
La trépanation tardive	33,90

Dans les fractures du crâne par coup de feu la différence est encore bien plus marquée, ainsi :

	Pour cent de mortalité.
La trépanation primitive a donné	64,29
La trépanation secondaire.	42,86
La trépanation tardive . . . . seulement.	11,11

En l'absence d'accidents immédiats, j'étais donc porté à attendre les indications qui pouvaient ultérieurement se produire ; celles-ci ont fait défaut; l'expectation où je m'étais maintenu s'est changée en non-intervention, et, malgré les beaux succès obtenus grâce au trépan, je suis loin de le regretter, car, *dans les fractures du crâne avec enfoncement, dénudation et plaie,* cette brillante opération fournit encore un chiffre très-élevé à la mortalité. C'est ce qui paraît ressortir de la statistique que je mentionnais tout à l'heure.

L'opération primitive, pratiquée 21 fois pour des cas semblables, a donné 9 guérisons et 12 morts, soit 57,14 0/0 de mortalité.

L'opération secondaire, sur 20 opérations, a donné 12 guérisons et 8 morts, soit 40 0/0 de mortalité.

L'opération tardive, sur 6 cas, a fourni 5 guérisons et 1 mort.

Enfin, dans 52 opérations où l'époque de la trépanation n'est pas indiquée, on obtient 24 succès et 28 insuccès, soit 53,08 0/0 de mortalité.

En somme, 99 cas de fracture avec enfoncement et plaie, traités par le trépan, ont fourni 50 guérisons et 49 morts, soit une morta-

lité de 49,49 0/0, proportion considérable et qui nous semble indiquer, sinon l'abstention, au moins la temporisation.

Il n'en est pas moins vrai que, si nous avions pratiqué la trépanation primitive, notre jeune blessé eût très-probablement guéri malgré elle, que les accidents comateux se fussent dissipés comme ils l'ont fait spontanément, et qu'on eût pu ajouter de la meilleure foi du monde un brillant succès de plus à l'histoire du trépan, alors que son action n'eût été que nuisible, puisqu'elle était inutile.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. Je demande la parole pour donner quelques explications au sujet d'un des faits rapportés par M. Berger.

On m'a reproché de n'avoir pas fait suivre le débridement de la réduction, mais j'avais pour ainsi dire sculpté l'anse intestinale dans la masse épiploïque et je ne pus la détacher complétement. J'ajouterai que j'ai reséqué dans ce cas l'épiploon, après avoir lié avec du catgut trempé dans l'acide chromique. Sur 8 cas de kélotomie opérés par la méthode de Lister, j'ai eu deux morts, mais aucune amenée par la péritonite. Je tiens à dire aussi que dans le cas de M. Berger, je n'ai fait qu'incomplétement la résection du sac, que M. Chiene a proposée d'une façon méthodique et que j'ai pratiquée d'une façon complète sur un second opéré. Je crois que les parties se recollent plus aisément.

Je termine en disant que je n'attribue pas à l'influence de l'étranglement la complication pulmonaire, ainsi que le fait M. Berger, en raison surtout de la préexistence d'une bronchite.

M. Anger. Il ne faut pas oublier que le travail de M. Berger a pour titre: *Des complications pulmonaires de l'étranglement.* Pour l'auteur, c'est à l'emploi du pansement de Lister qu'est due l'absence de péritonite, ce qui ne me paraît pas suffisamment établi, en raison du décès si rapide du malade, survenu le quatrième jour.

Quant à l'origine de la pneumonie qui serait due à des troubles vaso-moteurs, je ne suis pas satisfait de cette interprétation. La malade était dans un mauvais état général; elle portait une hernie, ancienne et volumineuse; aussi le mécanisme invoqué par M. Berger ne me satisfait-il pas complétement.

M. Lucas-Championnière. Pour moi, la poitrine était prise avant l'apparition de l'étranglement qui paraissait dû à des accès de toux, et qui, du reste, présentait les signes d'un étranglement vrai.

M. Anger. M. Berger dit explicitement que sa malade ne toussait pas ; s'il y avait pneumonie, elle était latente.

M. Verneuil. M. Berger a traité dans son travail une question litigieuse ; aussi je propose de publier son observation.

La Société vote le renvoi au comité de publication de deux des mémoires de M. Berger : 1° *Des complications pulmonaires dans l'étranglement herniaire ;* 2° *Fracture du crâne avec enfoncement;* et le dépôt aux archives des deux mémoires intitulés : 1° *Trachéotomie par le thermo-cautère;* 2° *Luxation de l'astragale.*

Communications.

Tumeur congénitale de la région ano-coccygienne, par M. Surmay (de Ham), membre correspondant.

Dans le numéro 6, du *Bulletin de la Société de chirurgie* de cette année, je viens de lire une observation de tumeur ano-coccygienne présentée par M. Panas. Ce cas me paraissait offrir beaucoup d'analogie avec un autre que j'ai rencontré au début de ma pratique en 1855, et le sujet paraissant encore assez loin d'une élucidation complète, j'ai pensé me rendre aux désirs exprimés dans le sein de la Société, en offrant à nos honorables collègues l'exposé du fait qui m'est particulier. Voici ce fait tel que je le trouve relaté dans la note que j'en ai prise au moment de l'observation :

« Aujourd'hui, 20 avril 1855, j'ai visité à G... l'enfant de M. F... « qui m'a présenté l'état suivant : Cet enfant, du sexe féminin, né « hier, est bien développé comme un enfant à terme. Toutes les « fonctions s'accomplissent très-bien. Couché sur le dos, il pré- « sente entre les cuisses une tumeur un peu plus grosse que sa « tête, qui est d'un volume ordinaire. Les parties génitales ex- « ternes sont dans l'état normal ; au-dessous d'elles, on voit l'anus « qui est poussé en avant par le développement de la tumeur. « Le doigt introduit dans l'anus ne rencontre rien d'anormal. On « sent le coccyx à sa place naturelle et l'on reconnaît que la tumeur « est renfermée entre l'anus et le coccyx, entre la peau et la mu- « queuse rectale, au-dessous des ischions. La peau qui recouvre « cette énorme tumeur est donc la portion, mais considérablement « distendue, du tégument qui s'étend de la pointe du coccyx à « l'anus. C'est à la base de cette tumeur, en avant, que se trouve « l'orifice anal. La peau qui recouvre la tumeur, dans sa partie « inférieure seulement, est noirâtre et en partie sphacélée ; par- « tout elle laisse voir de grosses veines qui enlacent la tumeur

« comme dans un réseau. La consistance de la tumeur est mo-
« lasse, fongoïde, rappelle celle du lipome ou de l'encéphaloïde
« en travail de ramollissement. Quelques bosselures peu marquées,
« certains points plus ramollis rappellent encore mieux l'encé-
« phaloïde. Un trocart explorateur, enfoncé dans un point de la
« tumeur en avant, donne issue à du sang noir d'abord, puis à de
« la sérosité rosée; enfoncé dans trois ou quatre points, sur les
« bosselures, sur la partie sphacélée, il donne issue seulement à
« du sang veineux qui s'écoule facilement comme si l'instrument
« était enfoncé dans une tumeur érectile. En avant, la canule peut
« voyager sous la peau non adhérente dans un rayon de 5 à 6
« centimètres, et elle passe sur une masse fongoïde dont la sur-
« face est régulière. Nulle part la peau ne paraît très-adhérente,
« elle paraît pouvoir être partout disséquée. »

Craignant que cette tumeur ne soit en grande partie érectile, redoutant une hémorrhagie qui pourrait devenir mortelle quand même elle ne serait fournie que par les veines qui enlacent la tumeur et dont le développement est énorme, je n'ose porter sur elle l'instrument tranchant, bien que la dissection m'en paraisse facile. Je ne pense pas pouvoir l'attaquer par la ligature, parce qu'il ne serait pas possible de lier son large pédicule sans y comprendre l'anus. Je m'arrête à l'idée qu'il s'agit d'une tumeur érectile dans l'intérieur de laquelle se sont faits plusieurs épanchements sanguins, et je prends le parti de n'y pas toucher, espérant que la mortification qui déjà est commencée pourra en achever l'élimination sans opération sanglante, et en compromettant la vie de l'enfant moins que ne le ferait une opération.

Quelques jours après, l'enfant mourut et il me fut permis d'enlever la tumeur pour en faire l'examen. Voici ce qu'à ce sujet je lis dans mon nota :

« La tumeur m'a paru formée d'une agglomération de ganglions
« hypertrophiés très-vasculaires et infiltrés de sang. En un endroit
« j'ai vu gros comme un pois d'une matière jaune et concrète qui
« m'a paru être des tubercules. Dans un autre endroit, j'ai trouvé
« une lamelle osseuse de 2 centimètres environ de dimen-
« sion. »

J'ai envoyé à M. Robin quelques fragments de cette tumeur, avec prière de l'examiner au microscope, et voici la réponse de M. Robin :

« Le tissu morbide que vous m'avez envoyé renferme principa-
« lement des éléments glandulaires qui se rapprochent en effet
« plus de ceux des ganglions lymphatiques tels que ceux du petit
« bassin, par exemple, que de tous autres. Toutefois, ils sont
« tellement déformés et parsemés de granulations graisseuses et

« de matière colorante de sang altéré, qu'il m'est difficile d'être « absolument affirmatif, faute de pouvoir suivre tous les degrés « d'altération en cherchant dans la portion de plus en plus saine « de la masse. Il y a en outre beaucoup de vaisseaux veineux de « sang épanché, tant en petites masses qu'infiltré, et du tissu « cellulaire avec des éléments fibro-plastiques. Il n'y a point « de cancer ni de tubercule dans la portion que j'ai reçue. »

Je ne possède aucun des éléments qu'il faut pour me livrer à une dissertation compétente sur la nature réelle des phénomènes que je viens de décrire.

Je me borne donc à une simple relation et j'ajoute seulement que, d'après l'examen de cette tumeur tant à l'œil nu qu'au microscope, j'inclinerais plutôt à la rapporter à une prolifération excessive de tous les éléments de la région, y compris la glande de Luschka, qu'à une *inclusion fœtale avortée*, telle que celle à laquelle M. Panas semble avoir accordé ses préférences pour le cas qu'il a rapporté.

De la rigidité des adducteurs de la cuisse, affection simulant la coxalgie,

par M. VERNEUIL.

Je désire appeler l'attention sur une affection de l'enfance, assez commune pour que j'en aie observé une douzaine de cas dans ces dernières années, et dont cependant je n'ai pas trouvé de description suffisante.

Caractérisée par des troubles dans la marche, une attitude vicieuse des membres inférieurs avec limitation de certains mouvements, elle simule la coxalgie, avec laquelle elle a été confondue jusqu'ici. Je n'ai pas distingué d'emblée l'affection susdite ; on m'amenait des enfants dont on croyait la hanche malade ; quelques signes de la coxalgie existaient, mais d'autres faisaient défaut. Je rejetais l'idée d'une arthropathie, sans pouvoir dire exactement à quoi j'avais affaire.

Plus tard, frappé de rencontrer d'autres cas toujours fort semblables, j'en conclus qu'il s'agissait réellement d'une forme morbide particulière.

Ne connaissant ni sa cause, ni sa nature, j'étais indécis, et le suis encore sur le nom qui lui convient ; aussi, je me décide simplement à rappeler, dans le titre, le caractère le plus constant, le plus saillant, je veux parler de la contracture des muscles adducteurs.

J'ignore à la vérité si cette contracture est primitive ou secondaire, si elle est dans l'affection l'élément fondamental ou l'accessoire, mais je passe outre, pensant que ces points seront élucidés plus tard, quand la question sera mieux étudiée.

J'en citerai d'abord un exemple qui pourra passer pour type :

P. D., petit garçon de trois ans, grêle, pâle, toujours en mouvement, n'ayant, malgré sa chétive apparence, jamais été malade, me fut montré, en 1876, pour un vice habituel dans la marche et une claudication intermittente ne s'accompagnant d'ailleurs d'aucune souffrance. On ne peut me donner aucun renseignement précis sur les débuts de la maladie, ni même sur le siége de la claudication, qu'on rapportait au côté gauche, et que je trouvais évidente, au contraire, à droite.

L'examen pratiqué successivement dans la station, la marche et le décubitus, donna les résultats suivants :

Station. — Vue de profil, attitude sénile, flexion légère de toutes les articulations du membre inférieur: pied, genou, hanche ; saillie des fesses et de l'abdomen, ensellure très-appréciable. Vue de face, rien de notable ; les deux membres bien parallèles ne sont ni en adduction, ni en abduction ; les genoux sont au contact sans déviation ni en dedans ni en dehors, les pointes des pieds sont seulement dirigées un peu en dedans. La symétrie parfaite des plis fessiers, inguinaux et cruraux indique la position normale du bassin et l'égalité de longueur des deux membres.

Marche, rappelle exactement celle des vieillards, car, en effet, les articulations conservent la flexion indiquée plus haut ; les pas sont très-peu étendus, et les genoux glissent l'un contre l'autre, comme s'ils ne pouvaient s'écarter. Le pas exécuté par le membre droit est plus court que l'autre, ce qui fait que la claustration a lieu de ce côté. Malgré cette gaucherie dans la démarche, la progression est rapide, grâce à la vivacité de l'enfant ; de plus, elle est tout à fait indolente. Les chutes sont assez fréquentes.

Decubitus dorsal. — Sur un lit uni et résistant, tout d'abord paraît en ordre, sauf la persistance d'une légère ensellure. La pression exercée successivement sur le grand trochanter, sur la plante du pied de bas en haut, sur la région inguinale, ne provoque point de douleur, il faut examiner l'état des mouvements pour découvrir quelque chose d'anormal. La flexion de la cuisse sur le bassin s'effectue aisément et complétement ; l'extension, au contraire, ne peut être portée à ses dernières limites. Un certain degré de flexion permanente existe dans l'articulation coxo-fémorale ; en plaçant l'enfant sur le côté, on constate l'angle obtus, ouvert en avant, que la cuisse fait sur le bassin et qu'on ne peut effacer. L'adduction n'est nullement gênée et l'on peut placer à volonté une cuisse sur l'autre. La rotation en dedans est également facile. Il en est autrement de l'abduction seule ou combinée avec la flexion et la rotation en dehors.

On sait que, chez les jeunes enfants, l'abduction est si étendue, qu'en écartant les deux cuisses on arrive à leur faire faire avec l'axe du tronc presque un angle droit ; que de même, en fléchissant au préalable les cuisses sur le bassin et les jambes sur les cuisses, puis en portant les membres dans la rotation en dehors et dans l'abduction, on arrive à les faire reposer sur leur face externe comme s'il s'agis-

sait, qu'on me passe la comparaison, des membres inférieurs d'une grenouille.

Or, c'est à peine si, chez notre petit malade, nous pouvons obtenir la mobilisation susdite dans les 3/5 de son éteudue. Au delà de 50 degrés, l'abduction entraîne et élève l'épine iliaque antéro-supérieure correspondante ; de même le bassin tourne sur son axe et entraîne le tronc, quand il s'en faut encore de 15 centimètres au moins que la face externe du membre fléchi ne touche le plan du lit. L'obstacle à la mobilisation complète du membre est du reste facile à reconnaître à la vue et au toucher. Dès que l'abduction seule ou combinée avec la flexion et la rotation est portée au delà d'un certain point, on voit se dessiner instantanément sous la peau, à la partie supérieure et interne de la cuisse, une corde formée par les adducteurs, dont la main constate en même temps la rigidité. Si l'on veut écarter de force les muscles et distendre par conséquent ces muscles, l'exploration, qui jusque-là avait été tout à fait indolente, devient pénible et provoque, de la part de l'enfant, quelques plaintes.

En somme, tout le trouble matériel se borne à une limitation des mouvements et à une rigidité des membres se montrant dans certaines conditions. Cette rigidité avait été déjà remarquée par la mère qui, en habillant les trois enfants, avait bien vu qu'elle n'existait pas chez les deux autres. La raideur, du reste, semblait toujours plus marquée le matin que le soir, la marche et l'exercice paraissant plutôt la diminuer que l'accroître.

J'ajouterai, comme renseignement à utiliser plus tard, que, chez les deux autres frères, le système musculaire présente aussi des troubles notables. J'avais, l'année précédente, soigné l'aîné pour une scoliose aiguë très-douloureuse qui m'avait fait craindre un instant une ostéearthrite vertébrale, mais qui n'était probablement que musculaire, puisqu'elle avait complétement et assez rapidement guéri par le repos, les révulsifs cutanés et l'usage d'une cuirasse.

On venait de me montrer le plus jeune atteint de pied plat valgus double, non douloureux.

La mère est bien portante d'ordinaire ; le père est, depuis sa jeunesse, continuellement tourmenté par des rhumatismes.

Convaincu qu'il ne s'agissait pas d'arthrite coxo-fémorale, mais uniquement d'un trouble dans l'action musculaire, je repoussai toute idée d'appareil et d'immobilisation des membres. Je prescrivis, tout à l'inverse, le massage, les frictions, les douches, le séjour à la campagne. J'appris à la mère, qui était fort intelligente, à manipuler méthodiquement et à distendre régulièrement les muscles contractés. Je tenais en réserve les courants électriques, qui ne furent pas nécessaires.

Au bout de quelques mois, je reçus des nouvelles de l'enfant ; il était parfaitement guéri et marchait de la façon la plus normale, sans fatigue et sans claudication.

Comme je l'ai dit au début, tous les cas que j'ai observés se ressemblaient infiniment. J'y retrouvais toujours la gaucherie

dans la démarche, la mauvaise attitude dans la station, l'arrêt à un point donné des mouvements d'abduction et de flexion dans la cuisse, la contraction des adducteurs. J'ai noté cependant quelques différences :

Ainsi l'affection peut être bilatérale et d'égale intensité ; bilatérale encore, mais beaucoup plus prononcée d'un côté ; enfin unilaterale : cela est rare; je l'ai pourtant rencontré deux fois. Dans le premier cas, le sujet marchait mal, sans boiter au sens littéral du mot. Dans les deux autres, il y a claudication d'une espèce particulière.

L'affection est généralement indolente, et n'empêche pas le membre de fonctionner. Cependant, après la marche ou l'examen un peu prolongés, certains enfants se plaignent de lassitude et de malaise dans les membres inférieurs, le tout cédant à un simple repos le plus souvent. Je n'ai vu qu'une fois de vives souffrances déterminées par la marche ; il n'y avait aucune douleur au repos, mais à peine la patiente (femme de trente ans à peu près, néopathique au plus haut degré) avait-elle fait quelques pas, que les muscles de la cuisse, et en particulier les adducteurs devenaient le siége d'une série de crampes si pénibles, qu'il fallait absolument s'arrêter.

Les troubles sont parfois continus, et parfois intermittents. J'avance le fait d'après le dire de certains parents qui m'ont affirmé avoir vu leurs enfants marcher très-mal pendant quelque temps, puis normalement ensuite, et cela à plusieurs reprises. On m'avait annoncé que le jeune enfant dont j'ai cité le cas en premier lieu boitait du côté gauche, je trouvai la claudication à droite. Je ne serais pas surpris que les deux côtés devinssent alternativement le siége d'une plus grande gêne des mouvements et partant d'une boiterie prédominante.

Mais revenons sur les phénomènes visibles notés dans l'observation précédente, et cherchons-en surtout l'explication.

Il est certain d'abord que ces phénomènes sont subordonnés entre eux, les uns étant effets et les autres causes. Ainsi, les troubles de la marche et de la station dérivent directement de la limitation dans l'ampleur des mouvements, limitation qui à son tour est causée par l'état pathologique des muscles.

Examinons par exemple la station. La flexion permanente dans l'articulation coxo-fémorale, si peu marquée qu'elle soit, abaisse le bassin, fait saillir les fesses, et, comme mesures de compensation, provoque supérieurement l'ensellure, inférieurement la flexion du genou et du cou-de-pied; c'est ainsi que se forme cette ligne brisée si visible de profil.

Dans la station ordinaire et naturelle, les genoux sont écartés au

moins de quelques centimètres, et les axes longitudinaux des pieds divergent, mais ici l'adduction forcée rapproche les genoux jusqu'au contact et produit la rotation en dedans, qui dirige la pointe des pieds l'un vers l'autre.

Les mêmes causes agissent dans la *marche*, celle-ci est rendue disgracieuse par la flexion des articulations coxo-fémorale, fémoro-tibiale et tibio-tarsienne; par la saillie des fesses et l'ensellure compensatrice, par le rapprochement des genoux de la rotation des pieds. D'autre part, l'étendue des pas est naturellement bornée par la limitation de l'extension coxo-fémorale. On s'explique assez bien la fréquence des chutes que j'ai notée chez quelques-uns de mes petits malades.

Les troubles fonctionnels étant expliqués, examinons leur cause première, l'état pathologique des muscles.

J'ai déjà indiqué la contracture des adducteurs; elle est constante, mais plus ou moins prononcée; jamais je ne l'ai vue portée jusqu'à empêcher absolument l'écartement des cuisses, mais elle peut réduire ce déplacement d'un tiers, de moitié, des deux tiers; en d'autres termes, elle limite plus ou moins l'abduction. Cet effet est surtout marqué dans la marche et dans la station, où, comme je l'ai déjà dit, les genoux semblent ne pouvoir s'abandonner. Quand on engage l'enfant debout à écarter les cuisses, il ne peut le faire que dans une étendue peu considérable. Il y réussit mieux dans le décubitus dorsal; enfin on obtient un écartement plus grand encore quand on fait exécuter aux membres des mouvements passifs, à la condition d'y procéder lentement et avec douceur. Néanmoins, même quand le sujet est couché et dans le relâchement le plus complet, il arrive toujours un moment où l'abduction est brusquement arrêtée et où l'on constate la contraction subite des adducteurs. Si l'on n'agit que sur un membre, le déplacement en dehors paraît se continuer, mais c'est par la mobilisation du bassin, dont on voit l'épine iliaque antéro-supérieure s'élever sur-le-champ. Si on agit à la fois sur les deux membres, et qu'on veuille pousser à la double abduction plus loin que ne le permet la contraction des adducteurs, le sujet accuse des douleurs assez vives, et proportionnées à l'effort, à la distension qu'on fait subir aux muscles susdits.

Notons bien que cette action anormale des muscles s'exerce surtout dans le moment où les membres fonctionnent, c'est-à-dire que l'adduction forcée est infiniment plus marquée dans la station et dans la marche que dans le repos et le décubitus; ceci nous servira plus tard, quand nous chercherons à découvrir la nature de l'affection.

La rigidité des adducteurs ne compromet pas seulement l'inté-

grité de l'abduction, elle limite aussi un autre mouvement, je veux parler de la rotation en dehors combinée avec la flexion, en vertu de laquelle la cuisse formant un angle droit avec le bassin peut reposer complétement par sa face externe, sur un lit par exemple. Dans l'affection que je décris, ce mouvement est très-restreint, et je dis qu'il l'est par le fait de la résistance des adducteurs, parce que ceux-ci se contractent précisément quand on veut faire prendre à la cuisse l'attitude en question. Au contraire, on n'éprouve aucune difficulté à porter la même cuisse, fléchie à angle droit sur le bassin, dans l'adduction et la rotation en dedans.

Outre l'abduction et la rotation en dehors, l'extension de la cuisse sur le bassin est également limitée, et nous avons déjà dit qu'il existe un certain degré de flexion permanente dans l'articulation coxo-fémorale.

Les muscles adducteurs, s'insérant à la fois sur l'os iliaque et sur le fémur, sont considérés (au moins quelques-uns d'entre eux) comme fléchisseurs du bassin sur la cuisse et *vice versâ;* j'ai pensé que peut-être il fallait attribuer aussi à leur contracture la flexion permanente coxo-fémorale, et par conséquent la limitation de l'extension de la cuisse; mais le fait n'est pas démontré, et j'inclinerais plutôt à croire que le muscle psoas-iliaque est pour quelque chose dans le phénomène en question; malheureusement je n'en puis fournir la preuve, ce muscle n'étant pas accessible à l'exploration directe.

Théoriquement, rien ne s'oppose à cette hypothèse, puisque souvent on voit plusieurs muscles concourir à certaines contractures; mais jusqu'à nouvel ordre, je laisse ce point non résolu; il en est de même de l'état d'autres muscles de la même région, et qui peut-être participent primitivement ou secondairement à l'affection : je veux parler des rotateurs en dedans de la cuisse, et des muscles fessiers; les premiers agissent peut-être dans la marche, puisque les pointes des pieds convergent, et que les rotules tendent à se regarder, à moins qu'il ne faille attribuer cette attitude au grand adducteur seul ; quant aux seconds, dans un cas que j'ai minutieusement étudié à l'hôpital dans ces derniers temps, ils m'ont paru très-affaiblis, et presque complétement atrophiés. Je me promets à la première occasion d'insister sur cet examen, pour savoir s'il y a eu seulement coïncidence dans ce cas, ou s'il n'y aurait pas quelque relation entre la flexion permanente coxo-fémorale et l'affaiblissement des extenseurs de la cuisse sur le bassin.

En somme, il s'agit donc d'un état particulier de quelques muscles: les adducteurs et le psoas-iliaque peut-être. Mais quel est cet état? Quelle en est la cause?

J'ai employé le terme de contracture, mais il est évidemment

impropre : les muscles ne sont pas contracturés dans le sens littéral ; ils ne sont, ni constamment tendus, ni absolument inextensibles; en certains moments et dans certaines positions, ils sont tout à fait relâchés et ne présentent rien d'anormal. Mais en revanche, on les voit entrer en contraction subite et violente, d'une façon qui paraît inopportune, et sans utilité apparente.

Toujours prêts à réagir contre les mouvements trop étendus, et à protéger les organes contre ces mouvements, ils sont dans cette condition particulière que j'ai l'habitude de désigner sous le nom d'état de *vigilance musculaire,* que M. Dally appelle *contracture par appréhension*, et qu'on retrouve dans ces affections décrites sous le nom de *spasmes fonctionnels.*

Dans quel but s'exerce cette vigilance? Pourquoi cette appréhension, ce spasme? en mot où est et quelle est la cause première? J'avoue l'ignorer. Il semble qu'il s'agisse d'un acte musculaire protecteur et instinctif; mais je ne sais pas ce qu'il y a à protéger puisque ni les os, ni les articulations ne sont lésés.

Peut-être est-ce le muscle qui veut se défendre lui-même, contre une distension qui lui serait nuisible.

Peut-être enfin le trouble a-t-il une origine centrale, et la susceptibilité exagérée du muscle lui est-elle imposée par une irritation émanant de la moelle épinière.

Dans tous les cas, la forme morbide existe, et doit être rapprochée d'autres affections analogues communes dans l'enfance et la jeunesse : telles que la catégorie hystérique, les contractures et les spasmes des extrémités, certains torticolis, certains pieds-bots, etc., etc.

La présente note aura au moins pour utilité d'ajouter un membre à cette grande et intéressante famille des spasmes limités à une région ou à un groupe musculaire.

Bien que peu nombreux, les renseignements étiologiques confirment ma manière de voir.

A l'exception d'une dame d'une trentaine d'années, d'une belle constitution, mais névropathique au plus haut degré, tous les sujets étaient des enfants âgés de 3 à 14 ans. Le sexe ne m'a rien appris : j'ai rencontré, en effet, autant de garçons à peu près que de filles.

Il n'en est pas de même de la constitution: aucun de mes petits malades n'offrait de trace de scrofule. J'ai noté les antécédents du jeune P..., dont j'ai publié plus haut l'observation. Un autre garçon était fils d'un officier supérieur, très-vigoureux, mais fort tourmenté par la goutte. Même diathèse chez les ascendants d'une jeune fille de 14 ans, qui elle-même avait déjà des symptômes d'arthritisme.

Cette constatation a son importance, car on sait les relations qui

existent entre les névropathies sensitives, sensorielles ou motrices et la diathèse arthritique.

Le dernier sujet que j'ai observé était déjà atteint, en une autre région du corps, de symptômes évidents de rhumatisme; le cas est essez intéressant pour que je le consigne.

Contracture des adducteurs. — Manifestations rhumatismales.

Garçon de 14 ans, grand, maigre, grêle, d'apparence maladive et cependant assez bien portant d'ordinaire; point de gourmes dans l'enfance, aucune manifestation scrofuleuse. Fièvre thyphoïde il y a 5 ans, mais qui n'a laissé aucune trace de son passage.

L'enfant m'est amené le 24 juillet pour une affection des deux poignets. A la face dorsale de la région carpo-métacarpiennne, je vois une tumeur hémisphérique un peu irrégulière, molle, indolente. sans changement de couleur à la peau; c'est de toute évidence une collection de sérosité dans la gaîne commune des extenseurs. La tumeur du côté droit est plus volumineuse et un peu plus tendue que celle du côté gauche.

Les mouvements du poignet ne sont nullement gênés, peut-être sont-ils seulement moins énergiques.

Les doigts ne peuvent s'étendre complétement, mais cela n'est pas dû à l'impuissance des extenseurs, mais bien à une rétraction légère de l'aponévrose palmaire.

Il paraît que ces lésions se sont développées peu à peu depuis une année environ, sans avoir jamais offert de période aiguë. On les a vainement combattues avec des frictions, des badigeonnages avec de la teinture d'iode, et la compression; celle-ci était faite le soir, mais on a dû y renoncer parce qu'elle amenait, dans les poignets, une raideur se prolongeant plusieurs heures.

Mais il existe aussi des troubles du côté des membres inférieurs. La marche, paraît-il, est peu solide et disgracieuse; la course est presque impossible, et l'enfant reconnaît lui-même qu'il n'a pas la souplesse nécessaire pour suivre les jeux de son âge.

Ayant fait déshabiller l'enfant, je reconnais exactement les signes de la double contracture; l'ensellure, etc... La flexion n'est pas très-marquée et les jambes sont peu fléchies.

Les parents affirment que ni eux, ni leurs ascendants n'ont jamais eu ni goutte, ni rhumatismes. L'enfant a déjà pris quelques douches à Enghien et s'en est bien trouvé

En représentant aux parents la marche comme je l'ai vu s'exécuter, ils la reconnaissent sur-le-champ.

Les débuts de l'affection sont donc très-obscurs. Les parents n'ont jamais pu me renseigner convenablement sur l'époque d'apparition, et sur les causes probables. L'absence de douleurs, l'intermittence, du moins les rémissions expliquent comment les troubles peuvent passer inaperçus à leur origine. C'est la claudication ou la mauvaise attitude qui éveillent à la longue l'attention. On se préoccupe davantage s'il survient quelques douleurs, ce qui est l'exception.

Alors, on consulte un médecin, qui, après examen, ne trouvant rien de caractéristique, prescrit du repos et quelques anodins. Les choses s'améliorent, mais la récidive se montre, et l'on croit à une coxalgie.

Diagnostic. — En 1867 M. Philipeaux insistait beaucoup sur la nécessité de distinguer la coxalgie des contractures musculaires qui la simulent. J'avais déjà, à cette époque, rapporté des cas de coxalgie hystérique et cherché à éclaircir ce diagnostic parfois malaisé. Je ne fais aujourd'hui que poursuivre les mêmes recherches, poussé d'ailleurs par le syllogisme suivant : d'après mon expérience, la contracture des adducteurs est assez fréquente, cependant elle n'est pas décrite, donc elle est généralement méconnue, donc il faut la décrire, afin que les praticiens puissent désormais la reconnaître.

Le diagnostic d'ailleurs ne présente pas de difficultés bien sérieuses à quiconque sera prévenu et saura faire des explorations convenables.

Il est bien entendu que c'est avec la seule coxalgie que la confusion est possible, et j'ajoute avec la coxalgie commençante, car, au bout d'un certain temps, et à un certain degré, l'ostéo-arthrite coxo-fémorale a des caractères qui ne laissent guère de place au doute.

Un des meilleurs signes de la contracture des adducteurs est la *bilatéralité*. En effet, à l'exception de quelques cas fort rares d'arthrite rhumastimale aiguë ou chronique pouvant sévir sur les deux hanches, la coxalgie double est extrêmement rare. A peine l'ai-je vue deux fois chez des scrofuleux.

Donc, quand la limitation des mouvements et le spasme musculaire portent sur les deux membres, il faut de suite songer à l'affection musculaire et écarter l'idée de la coxarthrocace.

Mais il y a une difficulté : la contracture des adducteurs peut être *unilatérale*. J'en ai vu deux cas ; et même lorsqu'elle est bilatérale, elle peut être d'*intensité inégale*, de sorte qu'il faut une certaine attention pour ne par croire qu'un seul côté est pris. Comme on ne peut jamais être trop explicite quand il s'agit de faciliter le diagnostic, je distinguerai les cas d'affection *double*, et d'affection *unilatérale*.

Dans l'affection *double*, les deux membres, dans la station, restent symétriques, le bassin s'incline en avant, mais la ligne transversale bi-cotyloïdienne reste en place, parallèle au sol ; les épines iliaques sont toujours au même niveau. Dans la marche, il n'y a pas de claudication véritable : les pas sont peu étendus, mais les deux articulations coxo-fémorales restent le centre du mouvement, sans que l'une fonctionne à l'exclusion de l'autre, comme dans la

coxalgie simple, ou sans que toutes deux soient immobiles comme dans la coxalgie double.

Enfin, lorsque le sujet est couché et que l'on imprime des mouvements passifs, on voit l'abduction et la rotation en dehors arrêtées au même point par le spasme musculaire.

Dans l'affection unilatérale, le diagnostic est plus difficile : en effet, il y a claudication d'une certaine espèce, flexion permanente, ensellure, difficulté d'écarter le membre et de le tourner en dehors, intégrité absolue du membre ; en un mot tous les signes principaux de la coxalgie ordinaire.

Voici comment j'ai cependant rejeté le diagnostic de cette dernière. D'abord je ne trouvais point de douleurs au toucher, puis, dans le décubitus dorsal, ni abduction, ni adduction, ni rotation en dedans, ni rotation en dehors, ni allongement, ni raccourcissement apparents; en un mot, aucune de ces déviations qui ne manquent guère, même dans les plus légers degrés de la coxalgie.

Cet ensemble négatif est fort remarquable, il est poussé si loin que, tout d'abord, on ne découvre rien d'anormal dans l'état des membres, et qu'on rejette toute idée d'une lésion sérieuse. A la vérité, en imprimant les mouvements à la cuisse, on constate exactement, comme dans la coxalgie, l'empêchement à l'abduction et à la rotation.

Mais en revanche, et j'insiste beaucoup sur ce point qui est capital : tandis que dans la coxalgie tous les mouvements sont limités et tous les déplacements passifs du membre sont arrêtés à un moment donné par la contraction musculaire, et que tous mouvements et déplacements, poussés un peu plus loin, entraînent nécessairement la mobilisation du bassin ; dans la contracture des adducteurs, on peut fléchir la cuisse jusqu'à rencontre de la paroi abdominale, lui faire croiser l'autre, la tourner dans la rotation en dedans, en un mot exécuter la moitié des mouvements et déplacecements, sans que le bassin y participe.

Dans l'affection *bilatérale*, avec prédominance considérable des symptômes d'un côté, on ne prendra pas le change, parce que, dans la coxalgie ordinaire, les mouvements du côté sain conservent toujours leur intégrité complète.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance d'un diagnostic qui tient sous sa dépendance immédiate le pronostic et le traitement.

Marche et terminaison. — Je n'ai malheureusement guère à dire sur ces points. Je n'ai suivi que trois malades et j'ignore tout à fait quelle a été la destinée des autres. Chez la dame adulte, j'ai rendu la marche possible avec un appareil de Mathieu, prenant son point d'appui sur l'ischion, comme dans la coxalgie. Dans cet appa-

reil, la contracture disparaît presque entièrement, et avec elle la douleur. La malade s'en est servi pendant une année, puis a pu reprendre l'usage de ses membres ; je n'en ai plus entendu parler.

Le jeune P... est guéri, comme je l'ai dit plus haut. Une jeune fille de 14 ans, atteinte d'un seul côté, s'est très-bien trouvée de l'hydrothérapie, des courants continus et des bains de mer ; je la considère comme guérie.

Pronostic. — Paraît être bénin, au moins dans les cas que j'ai observés. Peut-être cependant le mal pourrait s'éterniser faute de soins convenables ; plusieurs de mes petits malades étant atteints lorsqu'ils me furent amenés.

Traitement. — Tout partisan que je sois de l'immobilisation dans les maladies articulaires, je ne l'ai jamais recommandée dans les cas présents. Je me suis contenté de prescrire les frictions, le massage, l'hydrothérapie, les bains répétés, sulfureux ou alcalins. Je n'ai pas défendu un exercice modéré, m'opposant seulement à le gymnastique, à la marche forcée, en un mot aux excès fonctionnels.

J'ai simultanément prescrit les médicaments internes, appropriés à l'état général, surtout le quinquina, et l'arsenic de préférence.

J'ai prescrit plusieurs fois les courants continus, portés sur les adducteurs, mais je ne saurais dire ce qu'on en a tiré ; une seule fois j'ai appris qu'ils avaieni fait bon effet, mais la médication était compliquée, et leur part est difficile à préciser.

Je n'ai jamais mis en usage la distension brusque des muscles, par le chloroforme. Je ne serais pas hostile à ce moyen si la contracture était très-ancienne et portée très-loin. J'ai toujours conservé le souvenir de la malade dont Robert a raconté la remarquable histoire dans ses conférences de clinique chirurgicale, malade que j'avais vue avant et après la tentative hardie de mon ancien maître. Il est évident que si on violentait les muscles, il conviendrait d'immobiliser pendant quelque temps les membres, au moyen de la gouttière de Bonnet.

Discussion.

M. Houel. J'ai observé des malades atteints de l'affection décrite par notre collègue ; mais dans le tableau qu'il a tracé, il y a quelque chose qui m'a paru manquer, c'est l'existence d'une douleur spontanée ; M. Verneuil, en effet, n'a parlé que de la douleur qu'on provoque en portant le membre dans l'abduction.

J'attirerai aussi l'attention sur l'état des fonctions cérébrales, on

observe des troubles de l'intelligence dont il faudrait tenir compte.

Je veux dire quelques mots du traitement.

En raison du diagnostic erroné de coxalgie qui est le plus souvent indiqué, on soumet les malades à un traitement barbare : on emploie les ventouses, les vésicatoires ; les révulsifs les plus violents semblent accroître le mal. L'électricité paraît dans le même cas. Je n'ai observé de bons résultats qu'à la suite de l'hydrothérapie, mais il faut y joindre la séquestration, qui a pour effet de calmer l'imagination surexcitée. Quant à la durée du traitement, elle est de un an à quinze mois, mais elle peut être de plusieurs années.

M. Desprès. Duchenne de Boulogne a parlé de ces contractures des adducteurs de la cuisse ; il a même fait dessiner un appareil pour écarter les membres inférieurs. Quant à l'électricité qu'on a employée chez la malade de M. Houel, son inefficacité vient peut-être de ce qu'elle était appliquée sur les muscles contracturés. Le système musculaire est affecté de deux façons : en premier lieu, par le défaut d'équilibre des muscles antagonistes ; en deuxième lieu, par la contracture des adducteurs.

J'accepte volontiers l'influence de la séquestration, en raison surtout de cet adage : *Sexus ad fallendum pronus*.

Le point qui me paraît nouveau dans la communication de M. Verneuil, c'est la contracture unilatérale, mais on devra se demander dans ce cas si ce n'est pas une coxalgie arrêtée à sa première période et qui n'a pas été suffisamment soignée.

En résumé, je pense qu'il faut laisser à Duchenne de Boulogne le mérite d'avoir décrit la contracture bi-latérale des adducteurs de la cuisse, M. Verneuil est assez riche de son propre fonds pour ne revendiquer que ce qui lui appartient sans conteste.

M. Panas. Je rattacherais volontiers les cas de contracture unilatérale à ce qu'on a nommé la coxalgie hystérique.

Mais le plus souvent la contracture est bilatérale; dans ce cas est-elle primitive ou consécutive, et dans ce deuxième cas le fait d'attitudes vicieuses longtemps prolongées.

L'affection décrite par M. Verneuil paraît rentrer dans les faits signalés par Duchenne sous le nom d'impotence fonctionnelle des muscles antérieurs de l'abdomen. L'attitude de ces malades reproduite par le dessin est très-intéressante. Le ventre est bombé en avant, les reins sont cambrés, les organes génitaux même sont placés plus en arrière. En raison de l'équilibre instable, les cuisses se fléchissent légèrement, la main s'applique sur la face antérieure de la cuisse, les genoux frottent entre eux. Supposons que cette attitude se prolonge : les extenseurs, c'est-à-dire les fessiers, sont relâchés ; le psoas, les adducteurs se rétracteront.

J'appelle donc l'attention sur la possibilité de ce fait : l'impotence antérieure des muscles droits de l'abdomen amenant consécutivement la contracture des adducteurs de la cuisse.

M. Verneuil. Je répondrai d'abord à M. Panas et je lui dirai que le diagnostic de la coxalgie hystérique se fait de la même façon que pour la coxalgie ordinaire ; tous les mouvements de la hanche sont limités, ce qui établit une distinction formelle avec l'affection que je décris.

Quant à savoir si la contracture des adducteurs est primitive ou consécutive, je ne l'ai pas recherché et comprends que M. Panas signale comme point de départ la contracture des muscles droits de l'abdomen, bien que je n'accepte pas cette explication.

M. Houel nous a parlé de l'état névropathique de ses malades; je n'ai observé qu'une seule adulte qui était névropathique. J'ajouterai que tous les enfants que j'ai observés étaient bâtis sur le même modèle : ils étaient grêles, chétifs, nerveux, mais je n'ai pas observé de troubles de l'intelligence et je n'ai pas non plus d'expérience au sujet de la séquestration, car on ne peut séquestrer les enfants.

Relativement à M. Duchenne, j'admire autant que personne ses travaux, mais je ne sache pas qu'il ait décrit des contractures simulant la coxalgie, et ses travaux ont porté plus particulièrement sur les affections de la moitié supérieure du corps.

Je relèverai enfin cet argument de M. Desprès qui pense que j'ai pu avoir à faire à une coxalgie unilatérale guérie, et je dirai que toute coxalgie laisse une asymétrie des membres et que là il n'y en a pas.

J'ai tenu du reste à porter cette question à cette tribune, parce que ainsi elle sera résolue et que nous aurons rendu un service à des malades auxquels on fait endurer trop souvent, sous prétexte de les guérir, des souffrances inutiles.

Lecture.

M. Farabeuf fait une lecture intitulée :

De la réduction de l'intestin à travers la plaie du débridement, dans la kélotomie.

Renvoyée à la commission déjà nommée.

Présentation de pièces.

Corps étranger du rectum. — Extraction. — Mort,
par M. Tillaux.

Un homme de 36 ans, lithographe, se présente à Lariboisière après s'être introduit trois jours avant une bougie entière dans le rectum. Le malade endormi, M. Tillaux peut atteindre le corps étranger avec le doigt introduit dans le rectum, et avec la main sentir l'autre extrémité de la bougie dans la fosse iliaque gauche. L'opérateur avait l'intention de faire une dilatation progressive du rectum, mais il fut impossible d'introduire plus de deux doigts et encore croisés en raison de la rigidité de l'intestin, due à l'existence antérieure de deux abcès froids dans les fosses ischio-rectales.

Le soir même, la fosse iliaque gauche est un peu douloureuse. Des lavages à grande eau sont faits dans l'intestin le lendemain, et M. Tillaux, appelé ailleurs par ses occupations, conseille à son interne M. Quenu de placer le malade sur le bord de son lit et, après avoir injecté de l'eau additionnée de glycérine, de chercher à extraire le corps étranger. L'extraction fut faite habilement avec des tenettes à calcul vésical, mais le malade succomba le second jour, bien qu'il se fut senti très-soulagé et qu'aucun écoulement de sang n'ait eu lieu pendant l'extraction.

L'autopsie montra quelques signes de péritonite au début, aux environs de l'S iliaque ; le rectum était sain, mais à 30 centimètres de l'anus, sur l'S iliaque, se trouve une ulcération grande comme une pièce de 50 centimes, bouchée par une eschare molle, pulpeuse et comprenant toute l'épaisseur des tuniques intestinales. En ajoutant aux dimensions en longueur de la bougie la longueur de l'index, on voit que l'ulcération répond nettement à la petite extrémité du corps étranger qui a séjourné cinq jours dans le rectum.

J'ajoute que les parois rectales sont enveloppées d'une couche épaisse de tissu fibreux, qu'on a peine à sectionner avec le scalpel.

Lectures.

M. Maréchal, médecin de 1re classe de la marine à Brest, lit un travail sur l'emploi de la compression digitale pour la guérison des fistules urinaires périnéales. Ce mémoire est renvoyé à une Commission composée de MM. Nicaise, Houel, Delens, rapporteur.

La séance est levée à 6 heures 1/4.

Le secrétaire,
Cruveilhier.

Séance du 1er août 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la France et de l'étranger ;

2° Une brochure adressée par M. le Dr Bacchi, intitulée : *Monstruosité par inclusion située dans la région sacro-coccygienne d'un nouveau-né ;*

3° Une série d'observations de M. le Dr Cavaillon, de Carpentras, sur lesquelles M. Verneuil, qui les présente, se propose de faire un rapport ;

4° Une observation, avec pièce à l'appui, d'un calcul énorme extrait par M. le Dr Soulès, par la taille vésico-vaginale, la lithotritie ayant échoué une première fois.

M. Verneuil se charge également d'un rapport sur cette observation.

M. Desprès fait hommage à la Société d'un bout de sein, de l'invention d'un de ses élèves, le Dr Barbin de Montoire, de Bretagne. Ce bout de sein, pour lequel l'auteur a un brevet, a l'avantage de permettre au médecin de voir ce qui se passe sous l'appareil, qui est en verre, et il a encore l'avantage de donner au mamelon la forme olivaire, si utile pour un allaitement régulier.

M. Desprès, à l'occasion de la discussion qui s'est élevée dans la précédente séance, à la suite de la communication de M. Verneuil, lit les phrases du texte de Duchenne, de Boulogne, 3e édition, *Électrisation localisée*, p. 1075.

Voici le texte de Duchenne, de Boulogne : « J'ai fait construire un appareil (appareil figuré) pour des cas de contracture paralytique de certains muscles des membres inférieurs de cause cérébrale. Ainsi il fallait : 1° écarter les cuisses rapprochées ou entre-croisées par les adducteurs contracturés ; 2° ou même imprimer au fémur un mouvement de rotation sur son axe en dehors ou en dedans. »

M. Verneuil. Bien que je n'attache pas une importance excessive aux questions de priorité, j'avoue que lorsque je viens faire part à la Société de chirurgie de faits qui me paraissent nouveaux,

je prends mes précautions, et je m'assure que des faits analogues n'ont point été observés auparavant. Or, Duchennne, de Boulogne, pour les travaux duquel je professe une grande admiration, n'a point eu connaissance de l'affection que j'ai entrepris de décrire, et qui n'a rien de commun avec la contracture d'origine cérébrale, et, lorsqu'à la page 978, il fait l'énumération des diverses contractures, il ne fait nulle mention de celle des adducteurs. Il ne l'a donc pas vue; et pour peu que M. Desprès soit de mon avis, je serais disposé à considérer cet incident relatif à la priorité revendiquée en faveur de Duchenne, de Boulogne comme non avenue, et à n'en point faire mention. Pourtant l'allocution de M. Desprès a eu pour effet de me faire entreprendre de nouvelles recherches, et j'ai trouvé deux auteurs, Philipeaux et Onimus, qui ont chacun de leur côté observé la contracture des adducteurs.

M. Philipeaux consacre un chapitre de son livre (*Traité de thérapeutique de la coxalgie,* 1867) aux *contractures musculaires simulant la coxalgie,* « cas qui, dit-il, doivent être plus communs qu'on ne le pense et dont on ne possède qu'un petit nombre d'exemples, parce que les praticiens les confondent avec les coxalgies, auxquelles ils ressemblent beaucoup. »

Parmi les observations, d'ailleurs peu nombreuses, rapportées sous le titre de *coxalgies spasmodiques ou hystériques,* quelques-unes à la vérité ont trait à une contraction des adducteurs et des fléchisseurs de la cuisse, mais l'auteur ne les distingue pas spécialement des autres variétés : je citerai entre autres une contracture aiguë des muscles susdits chez une jeune fille atteinte d'un mal de Pott, p. 11; un autre cas également aigu, et qui céda rapidement aux frictions et au massage, p. 13; enfin une courte observation de Le Sauvage qui, plus que toute autre, se rapproche des cas que j'ai vus, p. 7.

En dehors des contractures réflexes de la coxalgie hystérique et du pied-bot hystérique, les membres inférieurs sont souvent le siége, chez les femmes nerveuses, de contractures peu accentuées, mais assez fortes pour gêner la marche et la rendre douloureuse ; plusieurs fois déjà nous avons eu l'occasion d'observer, chez des jeunes filles et chez des femmes qui se plaignaient de ne pouvoir lever facilement la jambe et d'éprouver au niveau du pli de l'aine une douleur sourde, constante, une contracture des muscles adducteurs.

Cette contracture empêche la jambe de se porter en dehors et rend la marche pénible, elle est souvent très-tenace et dure des mois entiers, elle augmente toujours au moment de la période menstruelle et s'accompagne quelquefois de troubles de la sensibilité au voisinage des muscles contracteurs. (Onimus, art. Con-

TRACTURE, p. 92, *Dict. encyclopédique*, t. XX, 1re partie, 1877.)

Les passages que je viens de citer prouvent que la contracture des adducteurs existe comme forme distincte, et qu'elle a été vue par différents praticiens, mais leur concision démontre aussi la nécessité d'une description plus complète. Si donc il y avait quelque revendication de priorité à établir, ce serait en faveur de MM. Philipeaux et Onimus.

M. Desprès. Je ne puis accorder que les deux auteurs dont M. Verneuil vient de citer des passages en aient dit plus long sur le sujet que Duchenne, de Boulogne. Aussi demandé-je que l'incident relatif à ses travaux sur le sujet ne soit pas considéré comme nul.

M. Tillaux fait la communication suivante, dont voici l'extrait.

Pollutions nocturnes avec érections. — Début à 14 ans. — Traitements divers et inefficaces. — Application du réveil électro-médical. — Suppression des pollutions.

D. B..., étudiant en médecine, âgé de 25 ans; à 14 ans a tout à coup grandi. A ce moment, apparaissent les pollutions qui se répètent presque chaque nuit, quelquefois même 2 et 3 fois dans la même nuit.

Fer, quinquina, hydrothérapie, stations thermales, bains de mer, bromure de potassium et camphre, tout fut inutile. Les rapports sexuels ou leur abstention n'amènent pas de changement.

Le 4 mai, application du réveil. Mal supporté pendant le premier mois. Aussi, jusqu'au 4 juin, 10 pollutions.

Bromure de potassium; et, du 4 juin au 4 juillet, 4 pollutions (légère imperfection dans l'appareil, on y a remédié).

Enfin, les pollutions nocturnes deviennent plus rares, l'appareil est supporté toute la nuit, et, du 4 juillet au 25 courant, pas de pollutions.

État général meilleur.

Est venu me voir en avril, le petit curseur fonctionnait mal. Augmentation en poids de 5 livres en 2 mois 1/2.

Procédé pour faciliter l'introduction des instruments de lithotritie.

M. Desprès. Je demande à la Société de lui faire une courte communication sur l'introduction des instruments de lithotritie. Depuis longtemps je cherchais à épargner au malade la douleur que causent les frottements des instruments dans l'urèthre et le col de la vessie. Le graissage des instruments avec le cérat, l'huile, les pommades calmantes est toujours insuffisant : la portion antérieure de l'urèthre essuie, si je puis ainsi dire, l'instrument. Voici ce que j'ai fait : j'ai injecté dans l'urèthre et la vessie une quantité d'huile égale à 60 grammes environ, l'injection a été un peu arrêtée au col de la vessie, mais en invitant le malade à uriner, l'in-

jection a pénétré. L'instrument, le brise-pierre, introduit ensuite a glissé dans la vessie par son propre poids avec une rapidité et une facilité extrêmes; l'huile, qui tendait toujours à ressortir, graissait à chaque instant l'instrument; le malade n'a accusé aucune peine. Enfin la pierre a été chargée et broyée pendant 5 minutes, les frottements du brise-pierre dans l'urèthre ont été très-bien supportés. Je signale ce petit procédé à mes collègues pour qu'ils en fassent leur profit, s'ils le jugent bon.

Présentation de pièces.

Obstruction intestinale,

par M. Depaul.

M. Depaul. Comme j'ai à plusieurs reprises entretenu la Société de quelques cas d'obstructions intestinales congénitales, j'ai pensé qu'elle verrait avec intérêt une pièce recueillie par moi aujourd'hui même, et démontrant la vérité d'une opinion que j'émettais il y a quelque 18 ans. L'enfant n'a rien présenté de particulier à la naissance, et ce n'est que le lendemain qu'on m'apprit qu'il avait vomi et qu'il n'avait rien rendu par l'anus. J'explorai avec une sonde de femme d'abord, avec le petit doigt ensuite, le cul-de-sac que présentait l'anus, et je pus me convaincre de l'oblitération réelle. Ou, dans ces cas, l'obstacle est comme dans l'observation de M. Polaillon à 1, 2 ou 3 cent. de l'anus, et c'est le cas le plus fréquent, ou bien il se trouve à l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, c'est-à-dire au niveau du cœcum. Or, il y a environ 18 ans, pensant qu'il y aurait intérêt à reconnaître du vivant de l'enfant à quelle espèce d'obstruction on avait affaire, j'ai dit qu'on pouvait considérer comme signe à l'appui du diagnostic relatif à l'obstruction au niveau de l'intestin grêle, le ventre développé moins transversalement que dans l'obstruction rectale, beaucoup plus en pointe et dans la sensation sinon nulle au moins beaucoup plus obtuse de l'ampoule rectale. Ces caractères se présentant chez l'enfant en question, je me refusai à toute opération. L'enfant mourut assez rapidement avec les symptômes d'une rupture probable de l'intestin. Voici la pièce que je mets sous vos yeux. Vous y voyez l'intestin grêle très-développé; vous voyez également partir du bassin un petit cordon à direction verticale d'abord, horizontale ensuite, et se terminant au cœcum.

M. Maréchal présente un malade à l'appui d'une communication antérieure.

La séance est levée à 4 heures 3/4.

Pour le secrétaire annuel,
De Saint-Germain.

Séance du 8 août 1877.

Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

2° M. Périer offre au nom de M. le Dr J. Worms une brochure intitulée : *Du myome utérin hydropique.*

3° M. Verneuil présente les trois thèses suivantes : 1° *Contribution à l'étiologie des varices*, par M. Auguste Moreau ; 2° *De la rupture interne ou incomplète des artères*, par M. Bimbenet; 3° *De la taille stomacale*, par M. Charles Colin.

4° Le Dr Salles adresse une observation intitulée : *Observation d'une jeune fille de 17 ans scalpée par accident* (commissaire, M. Verneuil).

A propos de la correspondance, M. Tillaux lit deux observations de M. le Dr Chauvel, médecin-major à l'hôpital de Givet, membre correspondant de la Société de chirurgie.

Amputation de la jambe à la partie moyenne par le procédé à deux lambeaux de Teale. — État fonctionnel deux ans après l'opération,

par le Dr J. CHAUVEL, médecin-major à l'hôpital de Givet, membre correspondant de la Société de chirurgie.

L'amputation de la jambe à la partie moyenne, malgré les avantages qu'on lui reconnaît de l'autre côté du détroit, malgré les succès qu'elle a donnés aux chirurgiens anglais pendant la guerre d'Orient, n'est que fort rarement pratiquée en France. Quels sont les motifs de cette exclusion? Pourquoi ne pas couper la jambe en son milieu plutôt qu'au lieu dit d'élection, quand l'état des parties laisse toute latitude ?

Si nous consultons les faits, force nous est de conclure à la supériorité de l'amputation au tiers moyen, sur l'amputation au tiers supérieur. Dans la première, la jambe est coupée dans la partie inférieure du mollet, la plaie moins étendue, la mortalité plus faible. En Crimée, sur 17 amputations à la partie moyenne de la jambe, Chenu n'indique que deux morts. Sans doute, la valeur d'une telle statistique peut être contestée, mais au moins est-il permis d'admettre que l'amputation à la partie moyenne n'offre pas plus de gravité que l'amputation au tiers supérieur.

Au point de vue de l'utilité fonctionnelle du membre, la supériorité appartient encore à l'amputation au tiers moyen. Le moignon n'est pas assez long pour rendre gênant l'usage du pilon, et sa longueur est assez considérable pour que le membre artificiel employé conserve intacts les mouvements de l'articulation du genou.

L'amputation au lieu d'élection, quand la section osseuse porte à deux travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, ainsi que le conseillent nombre d'auteurs, donne un moignon très-court qui s'adapte bien au pilon, mais ne permet pas d'imprimer ses mouvements à une jambe artificielle.

Teale, en employant son procédé à deux lambeaux, prétend obtenir un moignon assez étoffé pour qu'il serve de point d'appui dans la marche. Les amputés se serviraient de la bottine-pilon de Bigg, cône de bois blanc très-léger, creusé pour recevoir la partie de la jambe conservée, et qui n'est rattaché à la partie inférieure de la cuisse que par deux courroies latérales. Dans cet appareil, le genou reste complétement libre, et le point d'appui est exclusivement formé par la partie inférieure du moignon.

Sans contester les résultats obtenus par le chirurgien anglais, je n'ai pas cru devoir faire construire pour mon amputé un appareil prothétique aussi simple que le pilon de Bigg.

C..., âgé de 38 ans, d'une constitution robuste, à la suite d'un coup de feu au pied droit, est amputé en mai 1871. La jambe est sectionnée à deux doigts environ au-dessus de la base des malléoles. Un grand lambeau postérieur avait été taillé jusqu'au talon, mais sa rétraction fut rapide et considérable, malgré l'application de bandelettes agglutinatives pour le ramener en avant. La guérison ne s'obtint que lentement, après des ulcérations répétées de l'extrémité du moignon et par un tissu de cicatrices

L'amputé ne put jamais se servir de la jambe artificielle de Beaufort qui lui avait été donnée, et dut se contenter du simple pilon. Encore des ulcérations se développaient-elles rapidement après le moindre usage de son membre.

En février 1873, C... vint me consulter pour des ulcérations de son moignon, ulcérations qui s'accompagnaient de douleurs violentes, de secousses convulsives, et rendaient toute occupation impossible. L'examen du membre ne permettait pas de se faire une idée du procédé mis en usage. Fortement conique, presque pointu à son extrémité, le moignon était d'une sensibilité extrême au plus léger attouchement. Le frottement des draps suffisait pour réveiller les douleurs et déterminer de véritables crises convulsives remontant jusqu'aux muscles de la cuisse. Une mince cicatrice recouvrait seule son extrémité osseuse, et de larges ulcéra-

tions à fond grisâtre, entourées d'une zone inflammatoire étendue, s'étaient développées à leur niveau.

Le repos absolu, des pansements variés amenèrent, après plusieurs semaines, la guérison des ulcères et la diminution des douleurs ; mais sitôt que C... voulut se servir de sa jambe avec le pilon que nous lui avions conseillé, ses ulcérations se reproduisirent de nouveau. Après plusieurs tentatives infructueuses pour reprendre ses occupations, le malade me supplia de le débarrasser de ce membre, qui ne lui permettait pas de gagner sa vie.

Je finis par céder à ses instances et me décidai à amputer la jambe à la partie moyenne, la profession du malade rendant impossible l'usage du pilon. — Le procédé à deux lambeaux de Teale fut choisi comme le plus convenable pour obtenir un moignon bien matelassé.

27 *novembre* 1874. — L'anesthésie fut très-longue à obtenir, le patient étant d'habitudes assez alcooliques. Notre collègue le Dr Nicol, médecin-major, qui administrait le chloroforme avec la plus grande prudence, remarqua que toute sensibilité avait disparu même dans la cornée, alors que les contractions musculaires persistaient à un degré assez intense. Il fallut plus d'une demi-heure pour obtenir une anesthésie complète.

L'appareil d'Esmarch est appliqué, le tube enroulé à la partie moyenne de la cuisse et la bande élastique enlevée.

Je trace alors avec de l'encre deux lambeaux : l'un antérieur, long de 14 centimètres, un peu plus que le diamètre du mollet à la partie moyenne ; le second postérieur, de 5 centimètres de hauteur. La base de ces lambeaux répond exactement au milieu de la jambe; tous deux sont terminés carrément à leur sommet.

1° Le lambeau antérieur est d'abord limité par deux incisions parallèles à l'axe du membre : la première un peu en arrière du bord interne du tibia, la seconde contre le bord externe du péronée ; une troisième incision transversale, placée un peu au-dessus de l'ancienne cicatrice, réunit les extrémités inférieures des précédentes sur la face antérieure de la jambe, et, comme elles, n'intéresse que la peau, que je fais rétracter par quelques coups de couteau.

2° Je coupe transversalement toutes les parties molles antérieures jusqu'au ligament interosseux, à hauteur de la rétraction de la peau, puis je dissèque de bas en haut, à petits coups, le lambeau antérieur, en rasant avec soin les os et le ligament interosseux, pour ne pas couper plusieurs fois les vaisseaux.

Teale conseille de séparer les muscles des ligaments interosseux avec le bout du doigt. Cette façon d'agir permet, en effet, de décoller les muscles, mais elle expose à laisser les vaisseaux

tibiaux antérieurs accolés au ligament interosseux, d'où nécessité de les diviser à nouveau sur un point plus élevé.

3e Le lambeau antérieur étant maintenu par un aide, je divise la peau de la demi-circonférence postérieure de la jambe, suivant la ligne tracée à l'encre, et je la fais rétracter.

4o Je coupe alors en travers tous les muscles postérieurs et relève de bas en haut le petit lambeau ainsi limité. J'éprouve beaucoup plus de difficulté pour cette dissection que pour celle du lambeau antérieur, par suite de la flexion de la jambe sur la cuisse et des mouvements incessants du patient. Cependant l'élévation complète du membre est indispensable pour mettre les parties sous l'œil de l'opérateur, qui, autrement, court grand risque de ne prendre dans le lambeau que les muscles superficiels et de taillader les vaisseaux.

5o Section des muscles et du ligament interosseux, suivant le procédé ordinaire.

6o Section des os. Je divise d'abord le péronée, un centimètre environ plus haut que le tibia, dont j'abats la crête par un trait oblique.

L'hémostase a été complète pendant l'opération. Je cherche alors les vaisseaux importants pour les lier, mais je ne puis découvrir que l'artère péronière. La tibiale postérieure, fortement rétractée, a disparu entre les couches musculaires, et de même, la tibiale antérieure n'est pas apparente au bout du grand lambeau antérieur. Je fais alors enlever le tube de caoutchouc et les derniers tours de la bande élastique, en recommandant à un aide de placer les doigts sur la fémorale pour la comprimer au besoin.

La réaction est très-vive. Des flots de sang veineux et artériel inondent la plaie. Au bout de quelques secondes, la tibiale antérieure, qui s'était rétractée de plus de 2 centimètres, donne un jet, je la saisis et la lie.

J'éprouve plus de difficulté pour trouver et lier l'artère tibiale postérieure, qui a disparu entre les muscles, pendant que son nerf satellite fait une saillie de plus d'un centimètre à la surface de la plaie, ce qui m'oblige à le réséquer. Plus de dix ligatures doivent être placées sur des artérioles musculaires, et il s'écoule une bonne demi-heure avant que l'hémostase ne soit complète.

En somme, la perte de sang a été de 4 à 500 grammes environ ; plus considérable, certainement, que dans une amputation de la jambe faite sans l'ischémie artificielle. L'agitation continuelle et violente du malade nous a forcés, il est vrai, de prolonger l'anesthésie, et n'a pas peu contribué à rendre l'hémostase difficile; mais, même en tenant largement compte de cette influence, ainsi que des difficultés provenant du procédé opératoire employé, il faut avouer

que l'ischémie, par la réaction qui la suit, a rendu bien plus considérable l'hémorrhagie post-opératoire. Jamais, dans les conditions ordinaires, avec la simple compression digitale, on ne voit le sang sourdre ainsi à flots de la surface de section, jamais l'écoulement sanguin ne se montre si long et si persistant.

L'hémostase définitive obtenue, je place en travers de la plaie un tube à drainage de la grosseur du pouce, largement perforé, et je le fixe sur les côtés de la jambe par une bandelette de diachilon. Je réunis ensuite les deux lambeaux en rabattant l'antérieur sur la surface de section, par six points de suture métallique, en comprenant dans les anses de fil toute l'épaisseur des lambeaux. Les fils ne sont serrés que très-légèrement, et à la base des lambeaux deux ouvertures, dont je laisse l'externe un peu plus large, donnent passage au drain.

Pansement avec de la charpie imbibée d'alcool camphré. Tremblement léger du moignon, qui cesse après que le patient est bien réchauffé; suintement sanguin assez abondant pour traverser le pansement. Douleurs vives, sentiment de constriction très-pénible. Le soir à 7 heures, vomissements sous l'influence persistante du chloroforme, réaction vive, bouillon et eau vineuse. Dans la soirée, potion au chloral, le malade en absorbe environ 7 grammes, et cependant la nuit est sans sommeil et les souffrances vives.

Autopsie du membre. — J'examine la partie enlevée, quelques heures après l'opération. Les muscles sont en voie de dégénérescence graisseuse, tous les nerfs sont terminés par un petit renflement. Le névrome terminal du tibial postérieur est le plus volumineux, il est directement appliqué contre l'extrémité du tibia et compris dans le tissu de cicatrice. Les deux os sont le siége d'une légère ostéite qui remonte à près de 7 à 8 centimètres sur les bouts sectionnés; le canal médullaire est complétement oblitéré, et les deux os sont réunis par un pont de tissu osseux compact, de près d'un centimètre de hauteur et de quelques millimètres d'épaisseur. C'est un fait que nous avons déjà signalé dans notre mémoire sur l'anatomie pathologique des moignons d'amputation (*Arch. génér. de médecine*, 1869).

28 *novembre*. — Fièvre traumatique. Pas de repos, crises douloureuses, encore quelques efforts de vomissement. Urines faciles. 4 grammes de chloral.

29 *novembre* — Nuit bonne, vomissement le matin, sensation de faiblesse et d'anéantissement, douleurs moins violentes.

30 *novembre*. — Le premier pansement est enlevé, pas de suppuration, un peu de gonflement des lambeaux, soulagement manifeste, plus de fièvre, bon appétit.

5 *décembre.* — Quelques douleurs depuis deux jours. Le pansement est renouvelé complétement. Inflammation légère, suppuration commençante, enlèvement des sutures métalliques. Vives secousses du moignon qui persistent pendant les deux jours suivants. Un peu de fièvre le soir, douleurs assez vives.

7 *décembre.* — J'enlève le drain, et me contente d'un pansement simple. La suppuration est abondante et de bonne nature. La douleur et les spasmes du moignon cessent pour ne plus revenir.

26 *décembre.* — La suppuration diminue rapidement. Les plaies latérales sont presque fermées, et tous les fils de ligature, sauf un, se sont détachés.

7 *janvier.* — Le dernier fil est tombé depuis quelques jours, la cicatrisation est très-avancée. Presque plus de sensibilité, le malade se lève et commence à marcher avec un pilon.

24 *janvier.* — La plaie est complétement fermée, sauf au côté externe; le patient marche continuellement avec son pilon; mesuré pour un membre artificiel.

Février. — Guérison complète. C... porte une jambe artificielle construite par M. Mathieu, et qui prend point d'appui sur le cône musculaire de la cuisse, sur la rotule et les condyles du tibia, les mouvements du genou sont conservés. Une bande de caoutchouc fixée à la partie jambière de l'appareil se porte en longeant la face antérieure du membre à une ceinture abdominale. Elle favorise ainsi l'extension de la jambe sur la cuisse, et rend la marche plus aisée et bien moins fatigante.

Depuis cette époque, la guérison ne s'est pas démentie ; la marche, d'abord pénible, est devenue de plus en plus facile ; la station verticale peut être prolongée sans douleur, et le malade a pu reprendre ses occupations.

Etat actuel. — Février 1877. — Plus de deux ans se sont passés depuis l'opération, l'état des parties peut donc être regardé comme définitif, et il nous est permis d'apprécier le résultat obtenu. Incontestablement, ce résultat est des plus favorables, et nous pouvons nous féliciter d'avoir amputé la jambe à sa partie moyenne, au lieu de remonter jusqu'au tiers supérieur. Une simple cicatrice de 6 centimètres 1/2 de longueur, linéaire, transversale, placée en arrière des extrémités osseuses, marque le point de réunion des lambeaux. Le tibia et le péronée sont protégés par une couche de parties molles épaisse, surtout du côté de ce dernier. Le moignon est tout à fait insensible, même à des pressions assez énergiques, et l'amputé se sert continuellement de sa jambe artificielle, sans en éprouver aucune douleur.

Il nous sera donc permis de conclure que l'amputation de la jambe à la partie moyenne est une bonne opération, et que prati-

quée par le procédé à deux lambeaux de Teale, elle donne un moignon très-favorable à l'emploi d'un membre artificiel, en conservant les mouvements du genou.

L'an dernier, j'ai eu l'occasion de pratiquer la suture des deux bouts du tendon du long extenseur du pouce, chez un jeune sous-officier. Ce tendon avait été coupé par un éclat de verre, et la plaie était complétement fermée quand le malade entra à l'hôpital, trois semaines après l'accident. La dernière phalange du pouce était à moitié fléchie, et ne pouvait être redressée volontairement. Une cicatrice récente, placée 1 centimètre environ au dessus de l'extrémité inférieure du premier métacarpien, et sur la face dorsale de cet os, indiquait exactement le siége de la division. Après avoir appliqué l'appareil d'Esmarch, je pratiquai parallèlement à la direction normale de la corde tendineuse une incision de 2 à 3 centimètres, dont le milieu correspondait à la cicatrice. Je rencontrai facilement le bout périphérique du tendon divisé, mais pour arriver sur le bout central je dus prolonger l'incision de 4 à 5 centimètres en arrière, presque jusqu'à l'extrémité supérieure du premier métacarpien. Déjà un nouveau tendon s'était formé, facilement reconnaissable à son aspect gélatineux, et je dus l'enlever pour suturer les deux bouts de l'ancien. L'affrontement fut aisé à obtenir par l'extension forcée du pouce, mais j'éprouvai beaucoup plus de difficulté à la maintenir. Le fil de soie ciré dont je me servais pour la suture se détachait aussitôt que j'essayais de serrer le nœud, et je dus y revenir à plusieurs fois pour obtenir un contact absolu.

Dès le lendemain de l'opération, une inflammation violente me força d'enlever le pansement ouaté et de désunir les lèvres de la plaie. La suture tendineuse ne résista que quelques jours, et les deux bouts du tendon s'écartèrent de nouveau, mais de 1 1/2 à 2 centimètres seulement. Le doigt fut maintenu avec soin dans l'extension complète jusqu'à la fermeture de la plaie.

Je pus alors constater que l'extension active de la phalangette du pouce s'exécutait presque normalement. Mais à chaque contraction du long extenseur, la cicatrice cutanée était tirée en arrière; c'était manifestement par son intermédiaire que l'action musculaire agissait sur le bout périphérique du tendon et sur la deuxième phalange.

J'ai su que le résultat acqui s'était conservé au même degré; mais n'ayant pu revoir le malade, il m'est impossible de dire l'état actuel des parties.

Discusssion.

M. Verneuil. La question de l'amputation à la partie moyenne de la jambe a souvent été discutée, notamment il y a une quinzaine

d'années, au sein même de la Société de chirurgie : il est résulté de cette discussion que la jambe peut être amputée à toutes les hauteurs ; nous sommes donc tous de l'avis de M. Chauvel, à savoir qu'il vaut infiniment mieux pratiquer l'amputation à la partie moyenne que de la faire au lieu d'élection, quand cela est possible. Quant à la douleur persistant après la guérison, il faudrait, avant d'accuser tel ou tel procédé, savoir à quoi tenait dans le cas cité par M. Chauvel la névralgie du moignon. Il est d'observation que le procédé à très-long lambeau postérieur expose à cet accident connu sous le nom de névrome douloureux ; aussi a-t-on conseillé avec raison de pratiquer dans ces cas la résection du nerf tibial postérieur. Quant au choix des procédés opératoires, il a une valeur bien accessoire, si on la compare à celle des soins consécutifs, des pansements, etc.

M. Desprès. C'est avec intention que je demandais à M. Tillaux si la profession du malade était indiquée. Il y a en effet, au point de vue du procédé, une grande différence à établir suivant que l'amputé appartient à la classe riche ou à la classe travailleuse. Les ouvriers munis de jambes artificielles ne peuvent travailler longtemps debout, et ceux que j'ai observés dans les hôpitaux refusent tous cet appareil pour prendre le vulgaire pilon, qui leur permet de prendre une base de sustentation sur le genou. Déjà Huguier et Chassaignac avaient dans le même ordre d'idées conseillé de faire l'amputation très-haut.

M. Guyon. Je ne saurais laisser passer l'observation de M. Desprès et je maintiens qu'elle ne saurait être généralisée : je pourrais citer des malades qui ne peuvent s'appuyer longtemps sur le genou, et nous avons tous vu des malades amputés à l'extrémité inférieure de la jambe marcher longtemps avec facilité. Nous devons donc, au lieu d'établir, au point de vue du choix du procédé, la distinction entre les pauvres et les riches, perfectionner les procédés et les appareils de façon à permettre le plus souvent possible les amputations à l'extrémité inférieure de la jambe, et à en faire bénéficier tout le monde.

M. Ledentu. J'appuie ce que vient de dire M. Guyon au sujet de la difficulté qu'ont certains malades à rester longtemps appuyés sur le genou, et j'ai observé chez un malade des hygromas multiples fort longs et fort difficiles à guérir.

M. Desprès. Je n'ai qu'un seul mot à ajouter. J'ai vu l'an dernier et soigné pour un mal perforant un malade qui avait été amputé depuis 18 ans et qui, depuis 18 ans par conséquent, reposait sur son genou. Je crois qu'il est impossible de présenter un ou-

vrier porteur d'une jambe mécanique depuis ce temps. Ils changent, comme je le disais, ces appareils pour des pilons, et les soldats pensionnés ne peuvent user des jambes mécaniques qu'à la condition d'exercer des professions assises.

M. Désormeaux. Mon opinion est qu'il faut pratiquer l'amputation de la jambe le plus bas possible. Quant à l'appareil connu sous le nom de pilon, je ne le repousse pas absolument : il a ses avantages, surtout au point de vue de la solidité. C'est ainsi qu'un de nos amputés, auquel on avait construit une jambe Charrière magnifique, ne la mettait que lorsqu'il n'avait pas à travailler, mais se servait d'un pilon pour aller dans les champs. Le prix des appareils doit également entrer en ligne de compte. Or, l'appareil de Beaufort n'est pas cher (35 francs, je crois) et donne d'excellents résultats. On pourrait donc concilier le tout en donnant aux amputés deux appareils pour un : une jambe de Beaufort pour les jours fériés et un pilon pour tous les jours de la semaine.

M. Tillaux. Je répondrai à mes collègues, au nom de M. Chauvel, que notre collègue n'a pas voulu établir de comparaison entre les divers modes d'amputation ; il a voulu démontrer que, sur un homme ayant subi l'amputation sus-malléolaire et souffrant des suites de cette amputation, il vaut mieux couper la jambe à la partie moyenne qu'au lieu d'élection. Quant au motif qui a déterminé une nouvelle intervention, c'étaient non des névralgies, mais des exulcérations interminables. L'autopsie est du reste des plus concluantes, ainsi qu'on peut le voir en se reportant à l'observation.

Observation de luxation sous-glénoïdienne de l'humérus suivie de réflexions brèves sur la réduction des luxations de l'épaule en général,

par le Dr Farabeuf.

Rapport par M. Périer.

Messieurs,

J'ai été chargé au nom d'une commission composée de MM. Polaillon, Tillaux et Périer, rapporteur, de vous rendre compte d'une observation de luxation sous-glénoïdienne de l'humérus réduite le 75e jour, observation qui a été lue à la Société par M. le Dr Farabeuf.

Il s'agit d'un homme de 60 ans qui manœuvrait une roue de charrette ; cette roue, s'abattant, vint heurter et jeter en dedans l'extrémité supérieure du bras gauche, qui fut surpris étendu entre deux rais, la main appuyée sur le moyeu.

La déformation fut considérable ; le bras formait un angle droit

avec le côté du corps, et resta fixé dans cette position. Le séjour au lit était impossible, le blessé dut rester assis, ayant le bras posé sur une table. Il conserva cette attitude pendant 25 jours, et ne la quitta qu'après avoir vu l'enflure envahir ses jambes et remonter jusqu'aux genoux. Il ne remarqua ni ecchymose, ni rougeur dans la région de l'épaule. Un rebouteur fit, plus d'un mois après l'accident, des tentatives infructueuses de réduction.

Pour marcher, le blessé était obligé de soutenir son bras avec une fourche de bois.

M. Farabeuf le vit, pour la première fois, 73 jours après l'accident ; alors le bras était étendu horizontalement, et se portait directement en dehors à partir du 3e espace intercostal. De l'acromion à l'humérus le deltoïde formait un plan incliné à 45 degrés, le faisceau supérieur du grand pectoral faisait relief sous la peau. Ces deux muscles semblaient s'opposer à l'abaissement du coude vers le flanc. L'avant-bras était fléchi sur le bras, mais l'articulation du coude et celle du poignet étaient libres dans leurs mouvements, il y avait de la roideur et des fourmillements dans les doigts. Les muscles avaient conservé leur contractilité et la peau sa sensibilité normale ; la circulation était parfaite dans tout le membre.

Le bras sain étant au repos, les deux omoplates étaient symétriques ; mais si l'on donnait au bras sain une altitude semblable à celle du bras luxé, l'omoplate du côté luxé était plus saillante en dedans et plus rapprochée de la colonne vertébrale que celle du côté sain.

L'humérus est fixé dans la rotation en dedans sans modification possible. On ne peut non plus le porter en adduction. Les seuls mouvements que l'on puisse faire exécuter au bras sont les mouvements en avant et en arrière, et mieux en haut. La tête humérale glisse alors sur l'omoplate et non sur les côtes. Le raccourcissement est de 2 centimètres 1/2, mesuré le bras sain étant dans l'altitude du bras luxé. La tête humérale, située à 2 travers de doigt au-dessous de l'apophyse coracoïde, occupe le creux de laisse dans toute sa largeur. L'artère passe un peu en avant au milieu de la saillie osseuse axillaire.

M. Farabeuf, poussant l'analyse très-loin, affirme qu'il sent plusieurs nerfs étalés en arrière de l'artère, et derrière eux une dureté fibreuse qu'il dit être la lèvre postérieure de la déchirure capsulaire ; au-devant de l'artère, il reconnaît l'existence du tronc medio-musculo-cutané, et au-devant de ce nerf, un creux qui ne serait autre que la portion de col anatomique qui sépare la surface cartilagineuse de la petite tubérosité ! M. Farabeuf est d'autant plus affirmatif qu'il a vérifié expérimentalement l'exactitude de sa description.

Le 8 octobre, 75e jour de la luxation, le malade est couché sur le bord d'une table et endormi. Un tabouret permet au chirurgien d'avoir son genou à la hauteur de l'épaule du blessé. Voici d'ailleurs comment M. Farabeuf décrit la manœuvre opératoire :

« Je fais d'abord une traction de 60 kilogrammes, avec un ap-
« pareil qui me donne une certaine élongation, mais qui embar-
« rasse le champ de la luxation beaucoup trop à mon gré. Il
« s'agit de déchirer les deux lèvres rétractées de la boutonnière
« capsulaire et la manœuvre indiquée est évidemment la rotation
« en dedans et en dehors. Je saisis donc d'une main le poignet et
« de l'autre le coude, fléchi à angle droit, et tenant le bras dans
« une altitude qui relâche les vaisseaux et les nerfs axillaires, je
« tords, par petites et brusques secousses, d'abord en dedans
« puis en dehors. Mon genou sert à fixer l'omoplate. J'emploie as-
« sez de force pour déchirer à petits coups les liens fibreux. Je me
« garde de rapprocher le bras du corps, et de faire d'une luxation
« sous-glénoïdienne une sous-coracoïdienne ; cela fait, le membre
« étant écarté du corps est tiré par ma main gauche, tandis que
« ma droite, prenant son élan, attire fortement et brusquement en
« dehors la racine du bras : la luxation se réduit. »

Le malade a recouvré l'usage de son bras, mais en conservant de la raideur articulaire, à laquelle il n'a voulu laisser opposer aucun traitement.

Cette observation présente un grand intérêt, car la luxation sous-glénoïdienne vraie est très-rare, puisque Malgaigne n'a pu en rassembler que douze exemples, et qu'en outre il est exceptionnel de voir un malade garder bénévolement pendant un temps aussi long une luxation produisant une déformation aussi considérable.

L'observation de M. Farabeuf mérite encore de fixer l'attention parce qu'elle tend à confirmer cette opinion de Malgaigne, que la luxation sous-glénoïdienne n'a pas de type constant, mais qu'elle offre autant de variétés qu'il y a de cas.

M. Panas, au contraire, dans son remarquable article (ÉPAULE) du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, admet d'après des expériences qu'il existe deux espèces bien distinctes de luxation sous-glénoïdienne. Il les désigne sous les noms de scapulaire et de costale.

Or, nous voyons que chez ce malade, d'après la position nettement déterminée de la tête, il s'agissait de la variété dite scapulaire.

Cependant il y avait une série de symptômes propres à la variété costale, tels que la rotation de l'humérus en dedans, l'écart très-considérable entre l'acromion et la tête humérale, enfin le raccour-

cissement évalué à 2 centimètres 1/2, et qui à lui seul constitue un phénomène exceptionnel, l'allongement étant observé le plus souvent dans les luxations sous-glénoïdiennes.

Sans insister davantage, je crois devoir encore signaler la manière méthodique dont M. Farabeuf a procédé à la réduction. Au lieu de faire exécuter au bras, à la manière de Desault, de grands mouvements dans tous les sens pour rompre les adhérences, ce qui expose à des transformations de luxation, il a obtenu la rupture des adhérences par de simples mouvements de rotation de l'humérus, pendant que le bras était soumis à une traction de 60 kilogrammes. Il a pu ensuite par un simple mouvement d'impulsion remettre facilement la tête en place.

M. Farabeuf a cru devoir faire suivre son observation de quelques réflexions sur la réduction des luxations de l'épaule en général ; ces réflexions, m'ont, dit-il, rien de bien neuf, mais il les croit bonnes à rappeler.

Personne ne contestera, en effet, la nécessité d'un diagnotic anatomique exact, si l'on veut ne pas tâtonner au milieu des nombreux procédés recommandés, mais bien arriver d'emblée à faire les tractions et la coaptation dans le bon sens.

Mais étant admis qu'après diagnostic parfait, les indications ont été bien comprises, le chirurgien n'est pas toujours à même de les remplir à son gré, parce que les meilleurs appareils dont on puisse disposer ont plusieurs inconvénients qui peuvent les rendre dangereux ou insuffisants.

M. Farabeuf voudrait arriver à construire un appareil qui permît :

1° De tirer facilement dans tous les sens;

2° D'exécuter beaucoup plus aisément que le Jarwis modifié la rotation pendant la traction, l'avant-bras étant maintenu à angle droit. La rotation librement exécutée est en effet le meilleur moyen de rompre les adhérences;

3° Enfin de fixer très-solidement le squelette de l'épaule. Sous ce rapport, tous les appareils à collier sont très-défectueux, l'épaule s'y engage comme dans une filière, et l'on voit la peau se tendre outre mesure et menacer de se rompre si l'on continue la traction. En même temps l'omoplate glisse sur le thorax, se porte en dehors et en avant, l'angle qu'elle forme avec la clavicule se retrécit, et les deux os ainsi rapprochés portent sur leur point d'appui, qui est le sternum. Si l'on observe sur le cadavre ce qui se passe pendant ce seul mouvement, on voit que l'artère sous-clavière et le plexus brachial subissent une élongation qui pourrait devenir dangereuse. Pour obvier à cet inconvénient, il suffirait de maintenir l'acromion en arrière, et le meilleur moyen serait de rendre les deux épaules

solidaires à l'aide de deux colliers, l'un droit, l'autre gauche, rattachés étroitement l'un à l'autre par une large courroie postérieure.

M. Farabeuf nous a donné assez de preuves de son ingéniosité en matière d'appareils pour que nous espérions le voir arriver bientôt à la solution du problème qu'il se propose de résoudre.

Nous proposons à la Société :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur, déjà inscrit en rang très-honorable sur la liste des candidats à la place de membre titulaire;

2° De renvoyer son travail au comité de publication.

Rapports.

M. Guéniot fait un rapport verbal sur une observation adressée à la Société, le 27 juin dernier, et relative à un *cas de tétanos guéri par le chloral*. Après avoir rappelé que la Société de chirurgie s'est déjà plusieurs fois occupée de la thérapeutique du tétanos, M. le rapporteur établit que de nouveaux faits sont nécessaires pour élucider les points qui restent encore obscurs, et il conclut à l'utilité de publier intégralement l'observation suivante, dont il était chargé de rendre compte.

Tétanos traumatique à forme subaiguë. — Guérison par le chloral,

par M. le Dr Ganiez, de Darney (Vosges).

Madame P..., de Darney, portait à la mamelle gauche une tumeur volumineuse, dure, adhérente à la peau et peu mobile sur le muscle pectoral. Cette tumeur, siége de douleurs lancinantes, n'était pas accompagnée d'engorgement des ganglions axillaires. Après quelques tentatives infructueuses de traitement par la compression et les pommades résolutives, tentatives qui nous permirent de préparer la malade à une opération radicale, nous décidâmes que l'ablation serait pratiquée le mardi 17 avril 1877.

La malade est âgée de 53 ans ; elle jouit habituellement d'une bonne santé et s'occupe des travaux des champs et des soins du ménage. Elle attend avec résignation et même impatience l'heure de l'opération. Celle-ci n'offre rien de particulier ; l'anesthésie a été longue ; le couteau promené largement sur la poitrine enlève la glande entière; nous sommes obligé d'entamer le pectoral adhérent à la tumeur; il en résulte une vaste plaie qu'il n'est pas possible de réunir par première intention. Nous faisons une suture entortillée à la partie externe ou axillaire; le reste est rapproché par des bandelettes agglutinatives.

Le réveil est un peu précipité: pendant le pansement la patiente gémit et se livre à des mouvements desordonnés. Bientôt elle est placée

dans son lit, redevient calme et ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Pendant les jours qui suivent l'opération aucun accident ne se produit; pas de fièvre notable, bon sommeil, appétit, langue nette, gaieté, etc. On ne se douterait point que madame P... a subi une mutilation grave.

6 *mai*. — La plaie, qui s'est réunie par première intention dans la partie externe, présente l'aspect le plus satisfaisant; elle est diminuée des deux tiers et laisse voir une germination active de bourgeons charnus. La malade veut se lever et reste ainsi pendant trois heures.

9 *mai*. — 22 jours après l'opération. — Madame P... se plaint de *ses nerfs;* pour la première fois, elle n'a pas dormi, elle est agitée, couverte de sueur; le ventre est ballonné, les muscles de l'abdomen sont tendus; elle ne parle que du bout des lèvres; facies altéré, trismus que l'on me dit dater de quelques jours, salivation, raideur du cou et du thorax, pouls à 85; respiration à 38. Les muscles de la face semblent collés sur les os; une foule de rides sillonnent les paupières immobiles. Il faut bien nous rendre à l'évidence : le tétanos nous apparaît avec son hideux pronostic. Après avoir prévenu la famille de la gravité de la situation, nous commençons le traitement sans espoir.

Il est prescrit le 9 mai, à midi, 8 grammes de chloral en solution à prendre en deux fois à une heure d'intervalle : le même soir 100 grammes de sirop de chloral, une cuillerée toutes les heures avec recommandation de ne pas réveiller la malade. Rigidité générale.

10 *mai*. — Madame P... dort constamment; le simple contact de l'éponge sur la plaie détermine des secousses tétaniques; nous supprimons les bandelettes et tous les moyens de rapprochement. Continuation du chloral en sirop, une cuillerée toutes les heures.

11 *mai*. — La malade a pris 25 grammes de chloral en 48 heures, état comateux, délire attribué au choral; les mâchoires peuvent s'écarter; la déglutition est possible; persistance de la raideur du cou et de la poitrine; 4 à 6 grammes de chloral par jour.

12 *mai*. — Amélioration notable. Madame P... a pu prendre du bouillon et du vin. Le ventre est toujours tendu, la plaie douloureuse, les paupières conservent leur aspect ridé ; pouls 90, respiration 35 ; nouvelle prescription du chloral en sirop qui n'est pas supporté. Le soir, à 9 heures, 2 grammes en lavement.

13 *mai*. — État très-satisfaisant, le trismus n'existe plus guère, pas de salivation, ni de dysphagie ; toutefois la malade se plaint toujours *de ses nerfs;* il y a de la raideur dans les membres et le tronc; miction difficile.

A partir de ce jour les symptômes graves du début ne doivent plus reparaître. La malade peut se nourrir. De temps à autre, on remarque une roideur tétanique plus ou moins prononcé dans telle ou telle partie du corps. Ces accidents persistent, en s'atténuant, pendant 18 à 20 jours et sont toujours améliorés par le chloral. Il a été donné 100 grammes de ce médicament ; mais une partie de celui qui fut administré en lavement a été rejetée. Jamais la température n'a dépassé 38.5.

Les sueurs profuses et la contracture de la face ont survécu à tous les autres symptômes. Il reste encore, aujourd'hui 23 juin, une certaine altération du visage qui semble rétréci, alors que la plaie est complétement cicatrisée, que la malade se lève et se promène, que l'embonpoint est revenu et qu'enfin la guérison n'est plus douteuse.

Cette observation nous semble intéressante : 1° par l'origine du tétanos qui est assez rare à la suite de l'ablation de la mamelle ; 2° par son apparition tardive, 20 ou 22 jours après le traumatisme ; 3° et surtout par sa guérison, due sans aucun doute à l'emploi d'un médicament qui compte un certain nombre de succès.

Rapport sur un travail de M. le Dr Cauvy d'Agde, intitulé : DYSTOCIE,

par M. Guéniot.

Messieurs, dans la séance du 20 juin 1877, la Société a reçu de M. le Dr Cauvy, médecin des hôpitaux de Béziers, un mémoire manuscrit dont je viens aujourd'hui vous entretenir.

Ce travail comprend deux parties : une *observation clinique* et des *considérations* sur un sujet très-controversé de la pratique obstétricale.

Quoique muette sur plusieurs points importants, l'*observation* me paraît en elle-même trop instructive pour n'être pas complétement relatée ; permettez-moi de la reproduire ici dans tous ses détails.

Le 5 mai 1877, à 8 heures du soir, dit M. Cauvy, je reçus d'un de mes confrères, habitant une ville voisine, une dépêche qui m'appelait auprès d'une femme en couches, avec recommandation expresse de me munir d'un céphalotribe. A mon arrivée, mon confrère me donna les renseignements qui suivent :

Dès la veille, à 4 heures du soir, la femme G..., parvenue au terme de sa troisième grossesse, avait été prise des douleurs de l'enfantement. Pendant toute la nuit, le travail parut marcher d'une manière régulière, la dilatation du col s'effectuant peu à peu et la tête se trouvant en rapport avec le détroit supérieur. A 8 heures du matin, la dilatation était complète, la poche des eaux se présentait oblongue et volumineuse, mais la tête ne s'engageait pas. L'accoucheuse crut dès lors devoir intervenir ; à cet effet, elle rompit les membranes et administra 1 gramme de seigle ergoté.

A midi, malgré les plus grands efforts et les plus énergiques contractions, la tête restait toujours à la même hauteur. Nouvelle dose de seigle ergoté.

A 2 heures, même situation. En plus, anxiété très-vive de la malade ; douleurs abdominales incessantes. Encore une nouvelle dose de seigle ergoté.

A 2 heures seulement, la famille justement inquiète fait appeler

le Dr X..., qui, après s'être enquis des renseignements ci-dessus, pratique le toucher et reconnaît immédiatement : 1° qu'il existe un rétrécissement assez notable du diamètre sacro-pubien (il arrive, en effet, très-aisément à toucher le promontoire, en même temps qu'il remarque une incurvation tout à fait caractéristique des tibias); 2° que la tête de l'enfant se présente par le sommet, mais celui-ci très-incliné.

La dilatation étant à peu près complète, notre confrère essaie de refouler la tête, afin de pratiquer la version. Malheureusement, toutes les eaux étaient écoulées, et l'utérus en état de contraction tétanique. Aussi, les tentatives de version durent-elles être bien vite abandonnées. Le Dr X... cherche alors à redresser la tête et applique ensuite le forceps. L'instrument est introduit et la tête bien saisie, mais les tractions restent infructueuses, la tête n'avance pas d'une ligne.

A 6 heures, nouvelle application de forceps, tout aussi infructueuse que la première.

A 7 heures, mêmes tentatives, pendant lesquelles le forceps glisse et fracture les pariétaux ; la tête ne descend pas. C'est alors que M. le Dr Cauvy fut mandé.

Il est 9 heures, dit notre confrère, quand j'examine la femme G..., que je trouve dans un état très-alarmant. Pouls misérable : 140 pulsations; extrémités froides, facies hippocratique, hypéresthésie abdominale. Je fais mettre la patiente en situation ; deux aides lui maintiennent les jambes, puis je vide la vessie. Introduisant alors toute la main dans le vagin, je rencontre d'abord une tumeur mollasse, assez volumineuse, constituée par une bosse sanguine énorme, au milieu de laquelle je perçois des fragments osseux. Au-dessus, je constate que la tête est fortement enclavée au niveau du détroit supérieur. Avant tout nouvel essai du forceps, je saisis à pleine main le cuir chevelu de l'enfant, en même temps que les fragments osseux qu'il renferme, et j'opère ainsi des tractions énergiques. Afin de faciliter le dégagement de la tête, j'ai soin de tirer celle-ci directement en bas et en arrière, et de lui imprimer quelques mouvements de latéralité. Je sens qu'elle cède à mes efforts et, peu à peu, après un quart d'heure de tractions aussi énergiques que continues, j'amène au dehors l'extrémité céphalique, dont le cuir chevelu, contus et tout déchiré, laisse échapper des fragments osseux et des portions de tissu cérébral.

Il était temps que la tête sortît, car je n'aurais pu continuer d'aussi fortes tractions, et, d'autre part, la patiente était à bout de forces.

A ce moment même, le pouls était devenu imperceptible, la femme restait inerte et presque insensible. Grâce à Dieu, nous pûmes la faire revenir de cette lipothymie et terminer l'accouchement. La délivrance suivit de près l'extraction de l'enfant.

Nous prescrivons ensuite du bouillon, du café et surtout de réchauffer vivement la malade, dont l'état nous semble à peu près désespéré. Le pouls reste misérable ; les extrémités sont froides et couvertes d'une sueur visqueuse ; la langue est sèche ; enfin, le facies est celui des femmes qui succombent à la métro-péritonite.

A 11 heures du soir, je revois la malade, dont l'état n'a fait que s'aggraver ; il existe des nausées et un hoquet de mauvais augure. Bref, la mort eut lieu dans la nuit suivante, environ 24 heures après l'accouchement.

Les renseignements complémentaires qui suivent m'ont été fournis par le Dr X... au sujet des antécédents de la femme G...

1° Affection rachitique à l'âge de 4 ou 5 ans, laquelle provoque la déformation des membres inférieurs. Petite taille, ensellure des plus prononcées ;

2° Deux accouchements antérieurs. Au premier, présentation du siége ; enfant vivant, malgré travail assez pénible. La parturiente était assistée par une sage-femme. Au second, présentation de l'épaule ; procidence du bras. Intervention d'un médecin qui pratique la version ; enfant mort.

Dans ces deux accouchements, les suites de la parturition furent complétement exemptes d'accident puerpéral.

J'ai dit, messieurs, que cette observation du Dr Cauvy méritait d'être consignée dans nos Bulletins. En même temps que l'insistance malheureuse avec laquelle une sage-femme ignorante administre l'ergot dans ce cas de viciation pelvienne, ne trouvez-vous pas que les efforts infructueux du premier confrère, l'extraction relativement facile et purement manuelle opérée ensuite par M. Cauvy, et surtout la mort si rapide d'une femme qui avait survécu à deux accouchements antérieurs, sont en effet des circonstances du plus haut intérêt ? Je ne m'arrêterai pas sur les causes de l'insuccès du forceps ; il est trop aisé de les deviner. L'étroitesse du bassin, d'une part, et, de l'autre, certaines incorrections dans la manœuvre représentent sûrement les principales. Quoique l'observation ne contienne aucune mention du degré du rétrécissement, il n'est guère douteux cependant que celui-ci devait être modéré ; car, plus prononcé, les tractions manuelles faites sur le crâne de l'enfant n'eussent pas été aussi rapidement efficaces.

Quoi qu'il en soit, dans cette relation, deux points surtout prêtaient à commentaires : d'abord, l'abus insigne qui avait été fait de l'ergot de seigle, et ensuite la gravité si différente des deux premiers et du troisième accouchements. Du premier point, l'auteur ne dit absolument rien, se réservant au contraire d'entrer, au sujet du second, dans de longs développements.

Telle est la matière des *considérations* que M. Cauvy ajoute à son observation clinique.

On pourrait la formuler ainsi :

Dans les cas de rétrécissement du bassin, l'emploi de la version doit-il être préféré à celui du forceps ?

Question bien litigieuse, déjà maintes fois discutée et qui attend encore sa solution définitive ! Notre confrère de Béziers pense que

son observation représente un bel exemple à l'appui de la supériorité de la version. Aussi, après avoir rappelé les raisons théoriques qui militent en faveur de la doctrine, se déclare-t-il formellement partisan de ce mode d'intervention.

Sans aucun doute, il me serait difficile de contredire absolument son opinion. Nous voyons, en effet, que dans le premier accouchement, la présentation du siége permit la naissance d'un enfant vivant et que, dans le second, la version pelvienne ne donna lieu à aucun accident puerpéral; tandis que, dans le troisième, la présentation du crâne et l'emploi du forceps furent promptement suivis de la mort de la mère et de l'enfant. Voilà certainement des apparences sérieuses, qui ont bien pu séduire l'esprit de notre jeune confrère. Que fallait-il pour leur donner la valeur d'une réalité? Certaines indications que je regrette de ne point trouver dans l'observation. Ainsi, dans les deux premiers accouchements, les enfants étaient-ils à terme? Quels étaient leur volume, leur sexe, le degré d'ossification et de réductibilité de la tête? Par comparaison, quel était le poids du troisième enfant? Son crâne était-il plus dur, plus volumineux qu'on ne l'observe d'ordinaire sur les enfants à terme? Sur tous ces points, la relation de notre confrère reste muette. Pour déduire une conclusion rigoureuse, on conçoit cependant qu'il faudrait être renseigné à cet égard. Est-il étonnant, par exemple, qu'une fille de 2 kilogrammes soit expulsée vivante à travers un rétrécissement qui rendra tout à fait impossible le passage d'un garçon de 4 kilogrammes et plus? Assurément non; ce sont là des faits assez vulgaires. Pour n'en rappeler qu'un seul qui m'est personnel, n'ai-je pas vu il y a quelques années, pendant que je dirigeais par intérim la clinique d'accouchements, une malheureuse femme de Passy, parvenue au terme de sa 9e grossesse, venir réclamer pour sa délivrance une opération qui fut l'une des plus longues et des plus laborieuses que j'aie jamais pratiquées? Cette femme cependant, malgré l'étroitesse de son bassin, était accouchée déjà huit fois spontanément. Mais ces huit enfants étaient tous des filles de médiocre volume, tandis que le 9e, garçon d'un développement extraordinaire, provoqua de telles difficultés d'extraction qu'il succomba pendant le travail et que la mère mourut elle-même deux jours plus tard.

M. Cauvy n'est donc pas tout à fait en droit de conclure, d'après son observation, que la version, dans le cas de rétrécissement, est un moyen de délivrance préférable à l'emploi du forceps. Néanmoins, telle qu'elle nous est donnée par l'auteur, cette observation porte avec elle son enseignement; et il convient d'autant mieux de l'agréer que, souvent, on serait fort embarrassé pour donner aux faits de cet ordre toute la rigueur désirable. La difficulté résulte

surtout de ce que le même observateur est rarement appelé à suivre, pendant de longues années, tous les accouchements d'une même femme.

D'ailleurs, en ce qui me concerne, loin d'avoir une opinion contraire à celle de notre confrère sur la question qui nous occupe, j'avoue que, depuis longtemps déjà, j'incline à me prononcer en faveur de la version. Quoique d'une signification non décisive, les faits nouveaux qui sont parvenus à ma connaissance ne font que me fortifier de plus en plus dans cette manière de voir. Lorsque l'enfant est de volume médiocre et que sa tête est douée d'une réductibilité notable, il ne me paraît pas douteux que la version, ou la naissance par le siége, soit de beaucoup préférable à l'emploi du forceps. Les faits contraires, sur lesquels s'appuient les partisans de la présentation crânienne, me semblent surtout relatifs aux enfants volumineux, à tête fortement ossifiée; de telle sorte que, théoriquement, il y aurait lieu, à propos des difficultés opératoires que doivent présenter la version et le forceps, de diviser les cas en deux catégories : ceux dans lesquels le fœtus est aisément réductible et ceux, au contraire, dans lesquels l'enfant ne peut que faiblement s'amoindrir au passage[1]. Dans les premiers, la version donnera des résultats très-supérieurs à ceux du forceps; dans les seconds, version et forceps seront souvent impuissants; mais le forceps aura sur la version l'avantage d'être une opération plus facile et moins compromettante pour l'extraction définitive du fœtus.

J'aurais aimé que notre confrère, qui s'est longuement étendu sur les causes de supériorité de la version, entrât dans cette analyse des faits; d'autant que certaines expériences, dues à MM. Tarnier et Budin, semblaient en quelque sorte l'y convier (*Voir* Budin, *De la tête du fœtus, au point de vue de l'obstétrique*, Paris, 1876, p. 87 et suivantes).

Ces remarques faites, permettez-moi, messieurs, de dire encore quelques mots d'un point que M. Cauvy n'a point cru devoir aborder : je veux parler de l'abus déplorable qui fut fait de l'ergot de seigle. Vous avez vu que la sage-femme, non contente d'avoir administré 1gr,50 de cette substance, y revint coup sur coup par deux fois, de telle sorte que l'utérus, violemment tétanisé, opposa les plus graves difficutés à toute intervention opéra-

[1] Je dis *théoriquement* parce que, à part les accouchements prématurés et gémellaires, il est bien difficile en *fait* de savoir si la tête est volumineuse ou non, réductible ou presque invariable dans ses dimensions. De là, dans la pratique, l'emploi à peu près constant d'une même méthode pour les divers cas, c'est-à-dire de la version ou du forceps, selon que l'opérateur est partisan déclaré de l'une ou de l'autre.

toire. On peut même supposer, avec grande vraisemblance, que cette pratique pernicieuse eut la plus grande part dans le désastre final. En réalité, les abus de ce genre sont devenus si fréquents que celui-ci ne devrait nullement nous étonner. Mais, précisément à cause de cette multiplicité, il me paraît bon d'y insister ici, pour regretter qu'un médicament aussi actif que l'ergot soit laissé à la discrétion des ignorants.

N'est-il pas singulier de voir que les praticiens les plus répandus recourent à peine une ou deux fois par an à cette substance, alors que les sages-femmes en font un usage quotidien, au grand préjudice des mères et des enfants ? Pour ma part, j'ai vu déjà tant de méfaits dus à l'emploi inconsidéré de l'ergot, que je n'hésite pas à en proclamer le libre usage, tel qu'il se pratique de nos jours, à la fois des plus regrettables et des plus funestes. Avant d'autoriser les sages-femmes à prescrire cette substance, que n'a-t-on mis en parallèle les abus journaliers que l'on en fait avec les rares services que les praticiens éclairés en retirent ? On aurait pu se convaincre ainsi que, pour une femme sauvée à l'aide de l'ergot, il en est dix et peut-être vingt qui lui doivent incontestablement la mort. Et alors, au lieu de maintenir, en raison d'un emploi éventuellement utile, cette substance à la disposition des personnes inexpérimentées, on leur en eût sévèrement proscrit l'usage, *du moins dans tous les cas où l'utérus ne se trouve pas encore complétement évacué*. Espérons, pour le salut d'un très-grand nombre de mères et d'enfants, que cette réforme nécessaire ne se fera plus longtemps attendre !

Messieurs, le travail de M. Cauvy m'a paru rédigé avec soin. Quoique, sur plusieurs points, il offre des lacunes et que, sur d'autres, les opinions de l'auteur ne soient pas toujours parfaitement étayées, cependant, je me plais à lui reconnaître un réel mérite, tant au point de vue pratique que sous le rapport scientifique. Aussi, j'ai l'honneur de vous proposer, comme conclusion :

1° D'adresser à l'auteur des remercîments;

2° De déposer très-honorablement son mémoire dans les archives de la Société.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. Je m'associe pleinement à ce que vient de dire M. Guéniot, relativement à l'emploi intempestif du seigle ergoté, et cela, non-seulement par les sages-femmes, mais encore par des médecins inexpérimentés en fait d'accouchements. Quant au parallèle établi entre la version et l'application du forceps, on

peut dire que ce qui a souvent fait pencher l'opérateur en faveur de ce dernier, c'est que si la version n'est pas couronnée de succès, on se trouve obligé d'en terminer à l'aide d'une céphalotripsie, opération difficile par les procédés ordinaires. Avec l'instrument de M. Guyon, à l'aide duquel on pratique la céphalotripsie intra-crânienne, l'opération devient beaucoup plus aisée.

Les conclusions de M. Guéniot sont adoptées.

La Société procède ensuite à l'élection d'une commission de trois membres chargée de faire un rapport sur les candidats à la place vacante de membre titulaire. Au premier tour de scrutin, MM. Delens et Ledentu obtiennent : le premier, 15 voix ; le second, 11 voix, le nombre des votants étant de 20, et sont nommés membres de la commission. Au second tour, M. Lucas-Championnière ayant obtenu l'unanimité moins une voix, est également nommé membre de la commission.

M. Delens fait un rapport sur une communication intitulée :

Utilité de la compression digitale dans les fistules urinaires périnéales et les délabrements opératoires ou accidentels de l'urèthre profond,

par M. le Dr Maréchal, médecin de la marine, à Brest.

Messieurs,

Je n'aurais pas osé solliciter la faveur d'une communication à la Société de chirurgie, tant le fait sur lequel je désire appeler l'attention est simple et peut paraître vulgaire : je veux parler de la compression digitale pour obvier au défaut de continuité de l'urèthre profond et des parties qui l'enveloppent, et remédier aux désordres fonctionnels ou locaux qui en sont la conséquence ; cependant, j'y suis encouragé par les résultats sérieux et variés qui ont été obtenus, la simplicité même des moyens et le silence gardé sur ce point par les auteurs, qui semblent pourtant avoir concentré leur attention sur le traitement des fistules périnéales avec un intérêt qui s'explique sans peine.

L'action curative de la compression, digitale surtout, dans le cas de fistules urinaires périnéales spontanées ou traumatiques s'est affirmée pour moi après quelques essais dont il m'est permis de montrer aujourd'hui à la Société le sujet qui en a le mieux bénéficié, je vais y revenir ; mais ce qui m'engage à le produire, c'est que j'ai entendu parler dans ces derniers mois de ce moyen, donné comme nouveau, et appliqué dans une maison de santé de Paris à un malade taillé en avril dernier. Ce malade était un médecin de province, dont il ne m'appartient pas de présenter l'histoire, qui après l'opération ne pouvait uriner même par la plaie qu'après bien des efforts infructueux et d'atroces douleurs ; j'ai

tenu à recueillir tout récemment, chez lui et de sa bouche même, les détails de l'emploi de la pelotte compressive (une simple bande roulée) et l'assurance de ses bons effets. Le secours fut immédiat et définitif, suivant ce malade, qui dès lors urina par l'urèthre antérieur et qui était debout et libre de tout appareil 10 jours environ après l'opération.

Comme ce résultat se rapproche sensiblement des deux cas qui me sont personnels et qui remontent à 1869, cela explique comment j'en ai été vivement frappé et pourquoi, ne trouvant pas ce moyen si simple indiqué dans les ouvrages spéciaux, j'ai pensé n'être pas trop téméraire en le soumettant à l'appréciation de la Societé de chirurgie.

Ainsi donc, la compression paraît avoir, dans deux circonstances différentes: fistules urinaires périnéales, plaie étendue de l'urèthre profond, agi très-efficacement, et *toute seule*, pour conduire à l'oblitération spontanée des fistules et des plaies, et simultanément pour aider instantanément la miction et supprimer définitivement la douleur.

Les *fistules urinaires* suivent d'ordinaire l'infiltration de l'urine en arrière des rétrécissements, le plus souvent blennorrhagiques.

Leur orifice extérieur est parfois très-éloigné du point fissuré de l'urèthre; elles peuvent être le siége de complications phlegmoneuses plus ou moins graves et leur traitement répond à deux indications:

1° Occlusion de leur embouchure uréthrale;

2° Simplification, débridement et pansement de l'abcès urineux sous-cutané.

On peut ici passer sous silence tout ce qui concerne cette seconde partie de la cure, sur laquelle on s'accorde en général. C'est à la première partie de ce traitement que me semble répondre la *compression digitale exécutée* AU DÉBUT ET PENDANT TOUTE LA DURÉE DE CHAQUE MICTION. C'est le cas du malade n° 1 que j'ai tenu à présenter à votre examen et dont voici l'observation résumée. (*Voir* p. 561.)

Mais la compression peut rendre encore d'autres services dans les cas où l'effraction de l'urèthre n'est pas seulement une fissure, mais une plaie opératoire ou accidentelle; tel par exemple est celui du second malade, ancien sous-officier de la marine, retraité à l'île d'Ouessant, et dont voici l'observation résumée. (*Voir* p. 563.)

Dans les cas analogues à celui-ci, savoir: uréthrotomie externe plus ou moins étendue, ou taille, ou plaie résultant de chute à califourchon, il y a non-seulement, au début de la miction, douleur très-vive, mais hésitation prolongée ou épreintes assez

gênantes et assez durables pour rendre cet acte tout à fait imparfait.

En effet, soit que l'urine en baignant la plaie y détermine une cuisson très-redoutée du blessé ou de l'opéré, et secondairement parésie les puissances musculaires vésico-abdominales chargées de l'expulsion, soit que le relâchement du plan musculo-aponévrotique du périnée dérive des délabrements opératoire ou accidentel, toujours est-il que la paroi vésicale et les autres agents expulseurs de l'urine hésitent ou paraissent manquer de point d'appui; or la compression, qui, *d'emblée*, supprime les symptômes *douleur* et *inertie*, semble agir : 1° en rétablissant jusqu'à un certain point la continuité de la paroi lésée et en interdisant tout accès des liquides irritants sur la plaie; 2° en restituant momentanément le point d'appui à tout le plan musculaire vésico-abdominal.

Le 1er de ces effets se traduit même, si le pansement des plaies est bien appliqué, par un véritable moulage des bourgeons charnus sur la sonde à demeure par exemple ; ceux-ci reconstituent le canal et s'agglutinent d'autant plus vite que la compression agit mieux en les poussant à l'encontre les uns des autres, tout en n'effaçant pas aveuglément la lumière du canal de moins en moins artificiellement obturé.

En résumé, la règle consistera essentiellement à mesurer l'effort compressif d'après les sensations éprouvées dès le premier effort de la miction, à s'en tenir au nécessaire pour interdire toute infiltration, et à soutenir pendant tout le temps que la vessie se contractera une compression égale, attentive et dirigée exactement vers le point d'abouchement uréthral des diverticules périnéaux. Il va sans dire que ces précautions sont également recommandables pendant l'émission du sperme.

On objectera peut-être qu'il y a des malades et notamment les enfants chez qui la zone prostatique est peu étendue, dont le col vésical est à peine formé, partant moins irritable, et qui après les opérations urinent très-promptement et librement par le canal, et qu'en somme tous les malades taillés et autres blessés de l'urèthre arrivent au rétablissement du cours de l'urine par les voies normales sans compression méthodique. Je demande la permission de souligner ici de quelques points dubitatifs cette affirmation, car j'ai le souvenir d'un certain nombre d'exemples classiques et même de quelques cas mentionnés il y a peu de temps encore par M. Verneuil, cas dans lesquels les fistules ont persisté pendant des mois.

Sans doute la guérison spontanée s'observe, mais elle est plus ou moins prompte, et au prix de quelles douleurs prolongées n'est-elle pas achetée?

Pourquoi les chirurgiens se refuseraient-ils sans motif spécial à offrir les premiers à leurs malades un moyen aussi simple, facile à démontrer à une personne intelligente, d'un effet si clairement favorable et si bien fait pour intéresser le malade à sa propre cure ?

Sans doute un certain nombre de malades seront toujours inhabiles à l'emploi d'une manœuvre qui réclame quelque réflexion et un peu d'adresse, sans doute beaucoup y mettront de la négligence, appliqueront mal ou irrégulièrement la compression, auxquels une opération sanglante et radicale eût été d'emblée plus opportune; tant pis pour ces malades dénués de fermeté ou de patience, mais tous ne sont point ainsi. Que leur répondre, du reste, si, comme mon premier malade, ils repoussent une intervention chirurgicale plus active, ou s'ils entendent parler d'un mode de traitement moins douloureux, et en somme appelé à fournir, avec une bonne direction du chirurgien, de véritables et définitifs succès ?

Enfin, pourquoi refuserait-on d'admettre ce moyen dans le nombre de tous ceux, si recommandables, que les classiques énumèrent, alors que la faveur des membres de cette Société pourrait en établir officiellement l'opportunité ?

Il resterait à parler d'un artifice par lequel cette compression serait rendue plus facilement applicable dans toutes les conditions de la vie publique et, pour cela, de pouvoir l'exécuter à distance en quelque sorte.

Les essais mentionnés plus haut me semblent pouvoir être assez heureusement réalisés (*moins bien pourtant que ne le font les doigts mêmes du malade*) par une petite pelotte élastique modelée sur la région rétro-bulbaire et susceptible :

1° Par une pression dirigée en haut et en avant à l'aide d'une saillie médiane, de compenser après la taille prérectale, par exemple, l'effet de la section de la cloison fibreuse verticale qui fixe le sphincter au diaphragme périnéal, en restituant ainsi le point d'appui à la vessie et formant bouchon plus ou moins élastique;

2° Susceptible aussi, par la pression bilatérale de tubes élastisques se modelant sur les plis latéraux du périnée, de déprimer le calibre des fistules en tenant affrontées les embouchures uréthrales, y interdisant l'irruption du jet d'urine, et au besoin affrontant les lèvres des plaies périnéales par leur pression graduée en dedans et en haut, c'est-à-dire en refoulant les tissus vers le plan médian.

La construction de ce petit appareil, entreprise par M. Galante, n'est pas encore terminée, mais incessamment, je pense, un spécimen pourra en être présenté à la Société et offert à ceux de ses

membres qui voudront bien en essayer l'application à leurs malades.

Hôpital maritime de Brest. — Clinique chirurgicale.

Obs. I. — *Résumé de la feuille de clinique*. Entrée : 4 janvier 1869; sortie : 31 août 1869.

M. Bacart (Louis), 28 ans, employé de commerce (nouveautés), admis exceptionnellement par ordre du préfet maritime.

28 ans, d'une grande susceptibilité nerveuse ; la constitution, primitivement robuste, a dû être détériorée depuis plusieurs années déjà.

Les premiers accidents sérieux, abcès périnéal, suivi bientôt de deux autres, datent de juillet 1868 et sont la conséquence d'un écoulement blennorrhéique qui remonte lui-même à près de 10 années.

Ces abcès ont été suivis de fistules persistantes ouvertes près des ischions, et au niveau du scrotum. Ce dernier communique directement avec le canal et passe en avant de l'anus.

Il existe au niveau du bulbe deux points rétrécis (10 et 14 centimètres du méat) que la bougie à boule nº 12 peut seule franchir, son passage est suivi de douleur et de l'issue de quelques gouttes de sang, puis d'une véritable inflammation et d'un redoublement de l'écoulement.

29 *janvier* 1869. — Dans une nouvelle exploration faite dans le calme, on pénètre avec le stylet introduit dans les fistules à 6 et 6 centimètres de profondeur vers les ischions, et parfois l'instrument peut toucher la sonde métallique introduite dans l'urèthre.

Les accès fébriles qui suivent chaque séance obligent à employer d'assez fortes doses de quinine et tous les moyens antiphlogistiques ordinaires.

La susceptibilité nerveuse de ce malade, qui, bien qu'assez courageux, repousse toute proposition d'opération sanglante, conduit à ajourner même la dilatation graduelle régulière. On se borne à imposer un régime sévère et le traitement local émollient.

Une varioloïde assez intense prolonge encore l'expectation.

2 *avril*. — L'explorateur à boule nº 14 traverse sans grande gêne les point rétrécis. La douleur est moindre et les fistules ont de la tendance à fournir moins de pus. Toutefois, les jours suivants, on est arrêté par les douleurs consécutives, et prolongées au delà de l'exploration, très-ménagée pourtant ; *le testicule gauche se tuméfie* et devient sensible.

Pour faciliter la miction et préserver de la réplétion urineuse l'embouchure uréthrale des pertuis fistuleux, qui sans cette précaution subissent une véritable expansion ampullaire, je donne au malade le conseil de s'astreindre à n'uriner *que debout et penché en avant*, en ayant soin de presser simultanément avec la pulpe des doigts de chaque main sur les *trajets* fistuleux, *en agissant profondément sur le*

canal, de façon *à fermer ainsi la voie anormale que l'urine avait dès longtemps de la tendance à suivre.*

Je m'efforce de faire comprendre au malade que l'éjaculation devra s'effectuer avec les mêmes précautions !

Succès immédiat au point de vue de la facilité, de la décision et de l'indolence de la miction.

On se propose par la suite d'aider à ce premier succès en effaçant par la *distension rétrograde* l'éperon que la muqueuse forme en avant de l'embouchure profonde des trajets fistuleux.

7 *mai.* — Le malade a été un peu négligent des précédentes recommandations. L'urine a de rechef distendu certains points détournés dans l'épaisseur du périnée sur le trajet des anciennes fistules; les orifices extérieurs sont bouffis et comme infiltrés, turgescents en bourrelets; le périnée est tendu, douloureux et comme phlegmoneux. Vive réaction générale.

Emollients, débridements superficiels avec caustiques. Position élevée du bassin. L'amélioration est très-rapide.

10 *juin.* — Tout paraît rentré dans l'ordre; la palpation montre l'urèthre encore noueux, mais cependant plus régulier et moins sensible; séances espacées de dilatation.

6 *juillet* et 14 *juillet.* — Nouvelles poussées phlegmoneuses. On est même conduit à ouvrir un abcès, contenant près de 60 grammes de pus mêlé d'urine, en arrière des bourses.

Même traitement émollient et compressif. On fait entendre au malade que la guérison dépend de son attention à exécuter scrupuleusement la manœuvre recommandée à chaque émission d'urine ou de sperme et à éviter, par une compression intelligente et régulière, l'envahissement des trajets fistuleux.

Depuis lors et jusqu'à sa sortie (1er septembre 1870), son état s'est amélioré sensiblement. *A cette date les fistules paraissent fermées* DÉFINITIVEMENT; le canal admet la bougie à ventre n° 20; il y a encore un écoulement blennorrhéique qui paraît lié à d'anciens abcès prostatiques. Toutefois, plus d'épreintes vésicales, le malade domine assez bien le besoin d'uriner, son jet est plein et assez fort.

M. Bacart a pu faire toute la campagne de l'armée de Bretagne sans aucune réapparition des accidents locaux. Depuis lors il n'a plus souffert, ni remarqué la moindre perméabilité des fistules dont les traces persistent sous forme de cordons durs dans l'épaisseur du périnée, où l'on constate près des ischions et en arrière du scrotum les cicatrices déprimées des fistules aujourd'hui totalement oblitérées.

Le malade du reste s'astreint toujours aux mêmes précautions en urinant.

Il habite actuellement Paris, et a pu être présenté ces jours derniers à l'examen de M. le professeur F. Guyon, à Necker.

Le bénéfice qu'il a tiré et tire encore journellement de la compression digitale ne s'est pas démenti. Il a supporté les plus grandes fatigues sans la moindre menace de ses anciens accidents d'infiltrations urineuses.

Du reste, M. Bacart se tient à la disposition des membres de la Société qui désireraient l'examiner.

(1 et 3, boulevard de Belleville.)

Hôpital maritime de Brest. — Clinique chirurgicale.

Obs. II. — *Résumé de la feuille de clinique.*—Entrée : 1er octobre 1869; sortie : 15 février 1870.

Le Louët (Jean), 48 ans, second maître de manœuvre en retraite, né à l'île d'Ouessant (Finistère). Malgré une détérioration évidente, constitution assez robuste et sèche. Moral très-énergique.

Coarctations fibroïdes presque impénétrables dans le voisinage du bulbe uréthral, remontant à 10 années. Tumeur urineuse périnéale percée de nombreuses fistules dont la profondeur et l'irrégularité ne permettent que l'exploration partielle.

9 *octobre* 1869. — Après quelques jours de repos et d'examen local sans retentissement général, M. le Dr Lucas, médecin principal (dont j'étais l'aide comme chef de clinique), fait suivant le plan vertical médian une *uréthrotomie externe* sur conducteur (bougie filiforme), puis une *uréthrotomie interne* qui débride en avant et en arrière de la première incision les points rétrécis qui de la protaste s'étendaient vers le méat sur une étendue de plusieurs centimètres.

A la suite de cette véritable *taille médiane dans la superficie du périnée*, la région rétro-scrotale apparaît fendue verticalement jusque en avant de l'anus.

Le malade, au début, éprouve dès la période préparatoire à la miction de violentes épreintes et beaucoup d'hésitation dans la propulsion du jet d'urine ; un grand soulagement est obtenu dès qu'il se soumet à l'obligation de n'uriner que dans la position que je lui démontrai, c'est-à-dire accroupi, le corps penché en avant et tous les doigts appuyant dans le pli cruro-scrotal, en déterminant une compression digitale au niveau des fistules et dans la direction de l'urèthre.

Ce résultat, obtenu bien souvent en présence des médecins traitants qui se sont succédé auprès de ce malade, les conduit à recommander pour le moment du travail de cicatrisation l'emploi d'un bandage en T comprimant une pelotte creusée supérieurement en gouttière et destinée à mouler en quelque sorte sur une sonde à demeure en caoutchouc les bourgeons charnus qui s'élèvent de la plaie.

Cette recommandation, jointe à l'obligation de n'uriner qu'*accroupi et penché en avant* et en appliquant la compression digitale par-dessus le bandage, procure un résultat inespéré dans sa rapidité.

En moins de 10 jours, le canal était reconstitué dans toute sa longueur, et l'on put commencer à calibrer l'urèthre par le passage régulier de cathéters Béniqué.

A partir du moment (1er novembre 1869) où le n° 30 (correspondant à 5 millimètres de diamètre) passa librement, la compression exercée sur les fistules, dûment débridées ou cautérisées à leur orifice extérieur pour éviter toute accumulation urineuse, les tarit définitivement.

Le périnée reprit son aspect, sa consistance et son élasticité normales sans que le raphé cicatriciel présentât plus de dureté.

Le 15 février 1870, le malade sortit complétement guéri; mais dès le 1er janvier, c'est-à-dire 2 mois 1/2 après l'opération, le canal admettant sans effort le cathéter Béniqué n° 50, le malade était exercé à se sonder lui-même avec des bougies de gommes coniques et à bout olivaire.

Il a continué à donner de ses nouvelles chaque année jusqu'en 1875, se disant toujours guéri. Il est mort le 30 octobre 1876 d'une maladie de poitrine. (*Note du Dr Lamothe, maire d'Ouëssant, en juillet* 1877.)

Note à joindre à une observation de fistules uréthro-périnéales, guéries par la seule compression digitale,

par M. Maréchal.

Le malade qui fait l'objet de l'observation I, annexée à la note que j'ai lue le 25 juillet dernier sur la *compression digitale dans le traitement des fistules urinaires spontanées ou traumatiques*, et que plusieurs membres de la Société de chirurgie ont bien voulu examiner, est considéré par M. Desprès comme présentant un type des fistules consécutives à l'inflammation suppurative de la glande de Méry (ou de Coowper) si bien étudiée par M. le professeur Gubler[1] et que M. Desprès rappelle dans son Traité clinique de chirurgie journalière (p. 416). Il y donne, en effet, le diagnostic différentiel résumé des fistules de la glande (de Méry) de Coowper et... des *fistules anales*. Je n'avais pas attendu cette occasion pour consulter ces documents, mais je suis d'autant plus heureux de l'appréciation de M. Desprès qu'elle m'a conduit à relire la thèse de M. Gubler et que j'y trouve, comme du reste dans le texte même de M. Desprès, la confirmation de ce que j'ai pensé de mon malade et la justification des conseils dont il a profité.

En effet, que faut-il surtout établir? c'est que ce malade avait bien et surtout des fistules urinaires, et non tout simplement des fistules dépendant d'un phlegmon périnéal, suite d'inflammation suppurative de la, ou des glandes de Méry.

Toutes les fistules périnéales, même ces dernières[2], ont des

[1] Thèse Paris, 1849. N° 172.

[2] Ces dernières fistules, dont les caractères spécifiques sont relevés par M. Desprès (p. 416), « ont un *siége d'élection* au-devant de la ligne bi-ischia- « tique, sont *latérales*, donnent passage à un liquide transparent, *visqueux*, « *jamais à des gaz,* à des matières, à *de l'urine*, conduisent le stylet sous la « muqueuse rectale, affectant si bien l'allure des fistules borgnes externes que « le chirurgien les complète souvent sans le savoir !... puis leur tissu s'indure « en arrière et non en avant de l'orifice, car à chaque nouvelle alternative de « suppuration, l'orifice fistuleux se *rapproche* de la racine des bourses ; et

signes communs susceptibles de prêter à la confusion ; c'est donc avec raison que l'on relate les causes probables, les accidents du début, de la période d'état, ou tardifs, pour distinguer entre elles des maladies dont le siége est aussi contigu et dont on admet un pronostic si différent.

Raison de plus pour ne pas admettre sans preuves la similitude du cas que j'ai présenté comme fistules urinaires, avec celui par exemple que M. Desprès donne comme type de fistule de la glande de Méry. Si semblables que soient les 2 cas, et quoi qu'on fasse, les conditions anatomiques prêteront toujours à la confusion.

Ainsi, M. Desprès semble établir que des fistules qui s'ouvrent à l'extérieur, en avant de la ligne bi-ischiatique doivent être la suite nécessaire de l'abcédation des glandes de Méry. Mais ce lieu n'est-il pas aussi le point d'élection en quelque sorte vers lequel sont dirigés tous les corps dans l'épaisseur du périnée (et spécialement les liquides quels qu'ils soient), et cela parce que c'est le seul point déclive où les plans musculaires laissent un passage libre vers l'espace ischio-rectal, celui également où la jonction des aponévroses périnéales inférieure et moyenne forme une gouttière ouverte en haut vers le pubis, fermée en arrière et en bas surtout dans le plan médian et tendue par le sphincter anal, perméable seulement au niveau de la ligne bi-ischiatique pour les nerfs et vaisseaux qui, de la fasse ischio-rectale, s'engagent dans le triangle ischio-bulbaire?

N'est-il pas évident que le ligament de Carcassonne est disposé comme un toit incliné en arrière et en dehors sur lequel glisseront nécessairement tous les liquides qui arriveront au-dessus de lui, qu'il s'agisse de sang de sperme, d'urine ou de pus ?

Si cette route est l'ordinaire pour les *petites* collections résultant de la fonte des glandes de Méry, combien n'est-elle pas plus assurée encore aux collections *plus vastes* toujours qui suivent les infiltrations urineuses, notamment, consécutives aux fissures des régions membraneuse et bulbaire ! D'autre part, ayant déjà eu l'occasion de rencontrer l'inflammation isolée de la glande de Méry [1], j'ai pu étudier l'abcès en besace « coiffant la protubérance cérasi-

« finalement après l'évacuation de pus il persiste une *dureté comme une noi-* « *sette* qui ne va pas en s'amincissant dans la direction de l'anus. »

Le malade dont l'observation est publiée dans l'ouvrage de M. Desprès n'a jamais ressenti de douleurs ou d'obstacles en urinant ; il a fait des chutes sur le périnée, était adonné aux excès vénériens.

[1] Dans un cas réservé à une autre communication et guéri depuis plus de 10 ans et qui existe encore aujourd'hui à Rochefort.

« forme du bulbe » et s'étendant jusqu'au pli périnéo-scrotal, *mais non primitivement en avant dans les bourses.*

On peut donc soutenir que le siége de l'orifice extérieur des fistules n'est pas un signe qui permette de les différenciers catégoriquement. Le liquide qui s'en écoule, surtout lorsqu'il présente nettement les caractères physiologiques, ne précise-t-il pas mieux l'espèce de lésion qui l'achemine au dehors de ses voies normales? Dès lors n'est-on pas absolument fondé à penser que si, comme dans le cas que j'ai présenté, ce liquide est *assez abondant, très-fluide, jaunâtre*, déposant une *couche rosée* sur le vase où il séjourne, et à peine troublé par un léger nuage muqueux, *à odeur urineuse, ammoniacale*, c'est de l'urine surtout, et non du liquide sécrété par la glande de Méry?

Si à ce produit des fistules se mêle, peu après une éjaculation, des éléments spermatiques constatables au microscope, ne dira-t-on pas forcément et avec raison qu'ils ont reflué de l'urine dans la fistule, surtout s'il y a quelque motif de penser que ce conduit a été fissuré antérieurement? C'est encore le cas du malade que j'ai présenté, et j'imagine difficilement comment, à moins d'une effraction complète du canal par les progrès de l'inflammation phlegmoneuse de la glande de Méry, on pouvait confondre le produit normal de cette glande fluide *transparent et visqueux*, ou le muco-pus, en provenant au déclin de l'abcès, avec les liquides caractérisés venant de l'étage supérieur.

Enfin, si l'on se reporte à la description classique faite par M.Gubler[1], ces différences s'accentuent bien davantage, et tout dans le cas que j'ai présenté permettait, la thèse de M. Gubler à la main, de préciser l'origine uréthrale des fistules *après un rétrécissement*, et non de leur donner pour origine la glande sous-bulbaire [2].

Est-il nécessaire maintenant de résumer encore les points principaux de l'histoire d'un malade?

Fragments tirés de la thèse de M. Gubler en vue du diagnostic différentiel.

PAGE 40. — Les tissus que frappe l'inflammation sont d'abord sur le plan médian et près des bourses, jamais il n'y a strangurie.

La tumeur est unilatérale et n'est pas précédée des symptômes du rétrécissement uréthral.

« Si les épreintes de la région bulbaire ne s'expliquent pas par l'in-
« tensité de la blennorrhagie, il est permis de songer à une perforation

[1] Thèse de M. Gubler. Rapports des glandes de Méry.

[2] *Voir* ci-après un tableau résumé du diagnostic différentiel et des extraits significatifs de la thèse de M. Gubler.

« de l'urèthre, *mais cet accident ne sera hors de doute que lorsque le* « *pus deviendra urineux.* »

Page 41. — « Le caractère véritablement pathognomonique, c'est une « tumeur phlegmoneuse adhérant au bulbe, limitée au siége des « glandes de Méry et n'ayant originellement aucune communication « appréciable avec l'urèthre. »

Page 43. — « Disons maintenant en quoi les abcès glandulaires dif- « fèrent des autres espèces d'abcès urineux avec lesquels ils sont « confondus. »

« L'absence des causes ordinaires des abcès urineux proprement « dits, telles que contusions, plaies *et surtout rétrécissement de l'urè-* « *thre* constitue le *caractère distinctif le plus important.*

Page 44.—Ce serait à peu près le *seul* sur lequel on pût s'appuyer dans les cas vraiment embarrassants où la perforation de l'urèthre aurait lieu précisément à l'union de la partie membraneuse avec le bulbe ; car, outre la similitude de forme de la tumeur, sa situation dans la même loge aponévrotique entraînerait jusqu'à un certain point *l'identité de trajet ultérieur de la part du pus.*

Abstraction faite de ce cas particulier, on évitera la méprise si l'on est appelé au début, en tenant compte non-seulement de l'écoulement « libre des urines, mais encore de la position, des rapports et des « autres caractères de la tumeur. »

A moins de notions positives sur le *point de départ et la marche,* « on s'aidera aussi de la connaissance du point rétréci quand un obs- « tacle ancien au cours des urines paraîtra avoir été été l'origine « du mal. »

« Si le siége du rétrécissement est tel que l'urine ait dû, après avoir « perforé le canal, s'infiltrer dans l'arrière-cavité de la loge inférieure « du périnée, il y a une certaine somme de probabilités en faveur de « l'existence d'un abcès urineux proprement dit, sinon c'est un abcès de « la glande. »

Page 45. « On n'aura pas de peine à reconnaître les poches uri- « naires formées par la dilatation de l'urèthre en arrière d'un rétrécisse- « ment, à ce qu'elles se gonflent pendant l'expulsion de l'urine et se « réduisent beaucoup par une pression convenablement exercée ; « d'ailleurs leur formation est nécessairement lente. »

D. *Différentiel.*

Fistules consécutives à l'abcès de la glande de Méry.	*Fistules urinaires consécutives à l'effraction de l'urèthre dans le périnée.*
Au début. — Uréthrite ancienne et profonde avec retentissement sur le testicule, à la suite d'excès ou de violences.	Au début. — Obstacle ancien et de plus en plus marqué à l'émission des urines, et surtout *rétrécissement.*
Tumeur *circonscrite,* d'abord sur le plan médian et en arrière des bourses; puis unilatéralement, le plus sou-	Strangurie précédant la fissure uréthrale et les signes de phlegmon périnéal. Puis *immédiatement* après tuméfac-

vent, n'ayant pas été précédée d'obstacle au cours de l'urine. Jamais de strangurie.	tion progressive, rapide et générale du périnée.
Tumeur accolée au bulbe, limitée au siége connu des glandes n'ayant originellement aucune communication appréciable avec l'urèthre.	Donc, tumeur *non circonscrite* siégeant surtout sur un plan antérieur plus voisin du bulbe que du rectum et plutôt latéral s'il est reporté en arrière.
Tumeur constatable dès le début et limitable par le *toucher rectal*, lequel combiné ultérieurement avec l'exploration du stylet dans la fistule démontrera la contiguïté du rectum et du foyer.	Orifices nombreux, souvent turgescents, en cul de poule. Fistules s'ouvrant *simultanément* près des ischions et sur le trajet de l'urèthre au niveau des bourses.
Fistule ne donnant jamais d'autre liquide qu'un *mucus très-visqueux*, ou à du muco-pus d'odeur parfois stercorale.	Issue d'*urine*, quelquefois de sperme, avec ou sans pus, d'odeur ammoniacale.
Fistule se fermant spontanément, mais sujette à récidiver souvent comme l'inflammation glandulaire et laissant une *tumeur en noisette* au niveau de la glande hypertrophiée et indurée.	Fistules se perpétuant jusqu'au rétablissement de la liberté du canal, conduisant nécessairement à une thérapeutique chirurgicale active et ultérieurement à des cicatrices profondément déprimées et reliées à l'urèthre.

Rétrécissements uréthraux d'origine blennorhagique, assez serrés, dysurie ; infiltration urinaire dans le périnée qui, d'abord bombé dans son ensemble, est bientôt percé de plusieurs trajets fistuleux, souvent boursouflés, aussi bien ante que retro-bulbaires, d'où s'écoulaient incontestablement : urine, pus, sperme.

La dilatation seule, en déprimant l'obstacle uréthral, procure une amélioration proportionnée à la liberté de l'urèthre.

Enfin en quoi la compression digitale appliquée intentionnellement à l'urèthre sur des points situés en V. de la glande de Méry, et seulement pendant la miction aurait-elle pu procurer si évidemment un résultat favorable si elle n'eût agi comme obstacle à l'irruption du jet d'urine dans le périnée?

En quoi une compression de quelques minutes pourrait-elle influencer un abcès fistuleux venant d'une glande enflammée, supprimer à vue d'œil tous les accidents et acheminer à une guérison définitive ?

Je termine en ajoutant que les tentatives nombreuses qu'a faites le malade pour s'affranchir de cette précaution, toutes suivies de poussées phlegmoneuses, disparues elles-mêmes sans retour depuis 8 ans, grâce à un peu plus de régularité dans la compression digitale, sont une contre-épreuve de quelque valeur.

Du reste si, comme l'affirmait M. Desprès, rien ne garantit avec certitude contre l'inflammation en récidive des glandes de Méry abcédées et si les fistules guérissent spontanément, on n'a que faire de la compression; mais dans les délabrements étendus ou les cas laissant

quelques doutes sur l'existence d'une communication avec l'urèthre, on pourrait peut-être se trouver bien d'en essayer.

Présentation de malades.

M. Desprès présente un malade atteint de luxation au coude avec plaie suivie d'arthrite et guéri avec conservation des mouvements. Le pansement employé a été un appareil plâtré avec une fenêtre ; le malade avait eu en effet une fracture des deux os de l'avant-bras avec plaie.

Présentation de pièces.

Kyste gazeux du rein droit, analyse des gaz contenus. — Thromboses veineuses cérébrales avec suffusions sanguines dans les pédoncules cérébraux,

par M. Lannelongue.

Messieurs,

Je viens vous apporter, avec pièces à l'appui, un exemple de kyste volumineux du rein droit chez un enfant de huit ans. Présentant des difficultés réelles dans son diagnostic, compliqué tout à fait exceptionnellement par la présence de gaz, dont j'ai pu avoir une analyse, ce kyste s'est ouvert spontanément dans la cavité des calices. Vous avez sous les yeux la poche, contenant encore du pus et des gaz, que j'ai tenu à ne pas endommager, pensant qu'un fait de cette nature devait vous être présenté intégralement.

Je suis moins frappé d'ailleurs par ses caractères d'exception que par un certain enchaînement dans la série des actes de chaque période de l'affection. Une modalité de la mort peu commune dans les cas de suppurations prolongées, une thrombose de certaines veines cérébrales, suivie de suffusions sanguines dans les pédoncules cérébraux et dans la protubérance nous a permis de compléter l'analyse de cette observation en rattachant à leur véritable cause les phénomènes ultimes présentés par ce jeune enfant.

Napoléon Fontaine, âgé de 8 ans, entré à l'hôpital Sainte-Eugénie le 22 décembre 1876; il est couché au n° 47 de la salle Saint-Napoléon. Cet enfant portait une tumeur, située dans la cavité abdominale du côté droit, soulevant les fausses côtes en même temps qu'elle soulevait la paroi antérieure de l'abdomen. Mon collègue, M. Marchand, qui me suppléait en ce moment, constata que cette tumeur paraissait faire

corps avec le foie, la matité de ce dernier organe s'étendait sans interruption à la tumeur, elle dépassait de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes. Elle se rapprochait de la ligne médiane en avant; en arrière, cette matité se prolongeait dans toute la région lombaire. La fluctuation était manifeste dans cette tumeur, et il ne fut pas possible d'y percevoir un frémissement quelconque. Après un mûr examen des rapports de la tumeur avec les parties voisines, et sans avoir pu constater les mouvements que pouvait lui communiquer le diaphragme, M. Marchand pratiqua sur le point culminant de la tumeur une ponction aspiratrice par laquelle il enleva un demi-litre de liquide environ. Ce liquide avait une coloration verdâtre qui frappa beaucoup mon collègue, l'examen microscopique n'y révéla pas la présence de débris d'hydatides, ni les crochets d'échinocoques, mais en revanche on y trouva une notable proportion de globules blancs.

Le soulagement ne fut pas de longue durée, car le liquide se reproduisit promptement.

Je repris mon service le 15 janvier 1877, et après un examen plusieurs fois répété, j'acquis la conviction que le kyste n'avait pas trouvé son origine dans le foie. La fixeté apparente de la tumeur, l'étendue considérable de la matité en arrière, l'absence de déplacements dans les contractions du diaphragme, tel fut l'ensemble des motifs qui me dirigèrent dans une opinion différente de celle de mon honorable collègue. Comme lui j'eus recours à une ponction faite avec l'aspirateur, je recueillis près de 200 grammes d'un liquide très-louche dans lequel se trouvaient de très-nombreux globules de pus et de crochets. En présence du résultat de la ponction, devant les modifications subies par le liquide depuis les opérations antérieures, prenant aussi en considération un peu d'altération qui s'était fait sentir dans la santé de l'enfant, je pris le parti de chercher la cure radicale du kyste par une autre voie que celle des ponctions aspiratrices et je songeai tout d'abord à l'ouverture du kyste par les caustiques selon la méthode de Récamier. J'attendais pour cela que le kyste eût repris son volume antérieur et j'examinais l'enfant assez complétement à ce point de vue tous les deux ou trois jours ; or, vers le milieu du mois de mars, il se produisit un phénomène assez singulier. Un des externes du service de M. Bruneau avait entendu un bruit de succussion dans la tumeur, et en effet même à distance on entendait le bruit en secouant le malade. Ce gargouillement ne se passait pas dans l'intestin, mais bien dans le kyste dont les conditions physiques avaient changé. En effet une sonorité remplaçait la matité sous-hépatique, la matité persistait en arrière ; de plus, on pouvait modifier les rapports de la matité et de la sonorité en changeant les attitudes de l'enfant. La présence de gaz dans la poche était chose trop insolite pour ne pas se préoccuper de leur origine, et la première pensée qui me vint fut celle d'une communication établie entre le kyste et l'intestin.

On vérifia chaque jour les selles de l'enfant et on ne découvrit jamais la présence du pus dans les garde-robes. Fallait-il admettre une communication qui aurait permis aux gaz de l'intestin de passer

dans le kyste, sans permettre au pus de suivre le même trajet? Bien que possible, cette opinion ne nous arrêta pas, à cause de cet autre motif que le volume du gaz parut rester stationnaire dans lo kyste. Nous crûmes à une autre origine, que nous donnerons plus loin, et pour mieux nous fixer sur l'état des choses nous résolûmes de pratiquer une seconde ponction. Cette ponction fut pratiquée dans les premiers jours de mai, la poche fut vidée par l'aspirateur des gaz et du liquide qu'elle contenait. Cette seconde évacuation fut faite avec soin et nous pûmes nous assurer que le volume des gaz n'était pas très-grand. Une surveillance attentive ne tarda pas à nous faire reconnaître, au bout de quelques jours seulement, que le liquide s'était reproduit et que des gaz existaient de nouveau dans le kyste. Bientôt les phénomènes tirés de l'auscultation et de la percussion devinrent aussi accusés qu'auparavant : le kyste avait en effet la même physionomie qu'avant la dernière ponction; il ne restait plus de doute : nous avions l'assurance d'avoir vidé complétement la poche de son contenu gazeux et liquide, ce contenu s'était reproduit.

Comme je l'ai déjà dit plus haut, j'avais la croyance de l'existence d'un kyste rénal ; aussi faisais-je intervenir l'une ou l'autre des deux explications suivantes pour comprendre la formation des gaz : ces gaz ont une origine semblable à celle d'où proviennent les gaz que renferment les abcès que l'on a appelés fétides et qui siégent au voisinage de la cavité abdominale ou du tube digestif. L'opinion suivante me paraissait plus probable: le kyste est rénal, peut-être quelques parties de la substance du rein ont-elles déversé dans sa cavité quelques-uns des principes de l'urine; ces principes altérés fournissent le gaz que nous constatons aujourd'hui. Une analyse seule pouvait donner quelque corps à cette opinion.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, le nouvel état des parties et la santé générale du sujet m'imposaient le devoir de l'intervention; depuis que le kyste était devenu franchement purulent, la santé de l'enfant avait souffert. Il se décolorait davantage, bien que mangeant suffisamment; il avait des accès de fièvre vers le soir, et sa température montait alors à 38° 5-6. Je résolus donc l'ouverture de la poche et peut-être son drainage suivant les circonstances, et je ne parlerai pas de quelques difficultés à fixer le point précis où on pouvait chercher à pénétrer dans le kyste, avec les caustiques, sans ouvrir l'intestin. La sonorité du kyste se confondant naturellement avec celle de l'intestin exposait à la méprise, et on ne pouvait se fixer que par une percussion méthodique dans plusieurs attitudes. J'avais ainsi déterminé un lieu d'élection pour l'application du caustique et tout était prêt pour le lendemain, lorsque j'appris que la veille au soir, le 13 juin, le kyste s'était ouvert dans un des canaux excréteurs de l'urine, et l'on me montra un verre à pied à peu près plein d'un pus fétide, mélangé à peu d'urine. La poche avait notablement diminué de volume. A partir de ce moment, chaque miction présenta les mêmes caractères, c'est-à-dire un mélange de pus et d'urine; jamais il n'y eut ou il ne fut constaté d'émission de gaz par la verge. Bien plus, les

pressions exercées sur la poche ne parurent pas déplacer ces gaz du côté de la vessie.

Aussi retrouvait-on, certains jours, lorsque la poche ne s'était que très-incomplétement vidée, les signes sthéthoscopiques antérieurs à l'ouverture spontanée. Certains autres jours, par contre, la succussion ou le gargouillement ne pouvaient pas être sentis. Quelle conduite tenir dès ce moment? Convenait-il mieux d'espérer une guérison par les seuls efforts de la nature, en laquelle on pouvait croire, puisque la poche était maintenant ouverte, ou fallait-il poursuivre le plan conçu avant le dernier incident? Une tentative opératoire pouvait-elle donner davantage que l'ouverture spontanée ? en dehors de toute difficulté à la réaliser, je ne le crus pas alors et je ne le crois pas encore aujourd'hui. Je ne l'exécutai donc pas, et mon rôle se borna à soutenir les forces du petit malade et à le maintenir dans les meilleures conditions de résistance. Je n'y réussis pas, il faut le dire : tout en conservant l'embonpoint qu'il a toujours eu, il pâlissait davantage; parfois il avait le soir d'assez violents accès de fièvre, et quelquefois aussi au milieu du jour il vomissait ou des aliments ou des matières liquides. Un peu plus tard, il eut quelques phénomènes d'entérite qui fut promptement amoindrie par un peu d'opium. Mais dès le 25 juillet il présentait un léger gonflement des paupières du pourtour des malléoles comme les albuminuriques; inutile de dire que l'albumine était très-abondante, puisqu'il y avait beaucoup de pus dans ses urines.

Dans cet état de dépérissement le dénoûment devait être prochain, je ne l'attendais pas tel qu'il a eu lieu.

Le 2 août, brusquement, cet enfant est frappé d'une attaque apoplectiforme; il perd l'usage de la parole et se trouve paralysé de la moitié gauche de la face, et de la partie latérale gauche du corps; les membres supérieur et inférieur de ce côté sont inertes, leur sensibilité est conservée. L'orbiculaire des paupières du côté gauche est paralysé, les autres muscles de l'œil fonctionnent intégralement. La tête est tournée vers la droite, les yeux regardent du côté droit. L'enfant perdit connaissance pendant une heure environ, puis il revint à lui. Dans la journée il retrouva presque complétement, au dire de la sœur, l'usage des membres gauches, la paralysie de la face persista. Le lendemain, aux phénomènes de la veille avaient succédé les suivants : les membres tant supérieurs qu'inférieurs des deux côtés ont éprouvé un mouvement de flexion sur le tronc, les cuisses sont fléchies sur le bassin, les jambes sont fléchies sur les cuisses; de même les avant-bras sont fléchis sur les bras, et ceux-ci sont rapprochés du tronc. Avant de se placer dans cette attitude, qui a duré 24 heures, depuis le 3 août à midi jusqu'au 4 au matin, l'enfant a commencé par pousser des cris aigus pendant plusieurs heures, puis il est entré dans une agitation presque convulsive, et il est tombé de son lit.

Le 4 août dans la matinée, il a cessé d'être dans l'attitude précédente; la paralysie occupe comme le premier jour la partie gauche de la face, le membre supérieur et l'inférieur du même côté. L'enfant est dans la somnolence, d'où il ne sort que pour gémir.

CLICHY. — Imp. PAUL DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12. (962, 11-7.) — *Le gérant* : MASSON.

Le 5 août il tombe dans un coma profond et succombe dans la matinée du 6 août.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate que le foie déborde de beaucoup les fausses côtes, et que le côlon transverse, dilaté, suit toute la longueur de son bord antérieur, de telle sorte que le kyste est complétement caché. Pour le découvrir, il faut abaisser le côlon, et pénétrer en dessous de la face inférieure du foie.

Le gros intestin, ainsi que la seconde portion du duodénum, adhèrent à la face antérieure du kyste. En outre, une petite lame épiploïque se déjette en dehors et va contracter des adhérences avec cette même face du kyste.

Il se présente sous forme d'une masse volumineuse, un peu allongée, occupant la région du flanc et la fosse iliaque, et adhérant d'une façon intime à la face inférieure du foie. Il est couché sur toute la paroi postérieure de la cavité abdominale; il suit le trajet de l'uretère qu'il englobe pour ainsi dire, et est accolé à la veine-cave, ainsi qu'à tous les vaisseaux voisins. Les vaisseaux qui émergent du rein semblent sortir de sa paroi.

Les rapports du kyste avec les viscères voisins établissent :

1° Que le kyste, en rapport avec toute la face inférieure du lobe droit du foie, lui est attaché seulement par des adhérences qui vont du bord antérieur au bord postérieur, et qui unissent toute la face inférieure du lobe droit à la paroi du kyste. Lorsque ces adhérences ont été détachées, la face inférieure du foie est intacte;

2° Qu'il existe des adhérences avec l'intestin, mais qu'il n'y a aucune communication entre ce dernier et le kyste;

3° Qu'en séparant le péritoine du kyste qu'il recouvre en avant, on finit par trouver le rein. Celui-ci occupe la partie inférieure du kyste ; il est englobé comme dans une loge, dans sa partie inférieure ; le volume de ce rein dépasse celui du rein d'un adulte. La place occupée par le rein dans le kyste établit que celui-ci a pris naissance dans la partie supérieure de l'organe.

Le rein gauche est très-volumineux, son poids est de 132 grammes. La substance corticale de ce rein est décolorée, jaunâtre, comme graisseuse, tandis que la substance médullaire a une coloration moins foncée que d'habitude.

Uretère. — L'uretère du rein malade a ses parois très-hypertrophiées; il est de plus compris dans une gangue inflammatoire épaisse, qui fait corps avec les parois du conduit. Ces tissus sont devenus comme fibreux, et crient sous le scalpel. Quant à la muqueuse elle présente un aspect grisâtre, elle est très-adhérente et friable.

Vessie. — Les lésions de l'uretère se continuent sur les parois vésicales, celles-ci présentent en plus une ulcération étendue depuis l'embouchure de l'uretère jusqu'au col de la vessie.

Cette ulcération est superficielle, bien que dans quelques points elle s'engage entre les faisceaux musculaires tout en les respectant. A son niveau la muqueuse est complétement détruite.

Elle part du col de la vessie pour se continuer jusque dans l'intérieur de l'uretère malade. Elle est limitée par une ligne nette, rougeâtre, et occupe une étendue d'environ 3 centimètres de largeur, espace compris entre les deux uretères.

Au devant d'elle se trouve une seconde petite ulcération, elliptique, limitée par un bord rouge, saillant, présentant l'aspect d'une aphthe ulcérée.

Le reste de la muqueuse vésicale offre sur une partie seulement une rougeur plus vive que d'habitude. Là, les vaisseaux dessinent des ramifications très-évidentes dont le pourtour est violacé.

En résumé, les lésions inflammatoires sont étendues du kyste au niveau du col de la vessie où elles ont produit cette ulcération. L'urèthre ne présente aucune lésion.

Cerveau. — Il existe à la base de cet organe une série de lésions qui m'ont paru dignes d'intérêt. Ces lésions siégent sur la face inférieure du pédoncule cérébral gauche dans la scissure de Sylvius et sur la protubérance.

Pédoncule. — La face inférieure des pédoncules présente une série de trous vasculaires, avec une coloration rouge noir; ces lésions sont plus prononcées sur le pédoncule gauche; en faisant une coupe sur chaque pédoncule, on remarque qu'à gauche il existe une suffusion sanguine dans ce pédoncule, depuis sa surface inférieure jusqu'à un demi centimètre de profondeur, et dans une étendue de 2 centimètres de la longueur du pédoncule depuis son origine. La coupe est noire, et par un filet d'eau on a de la peine à détacher les caillots; il y a aux limites de ces suffusions un certain degré de ramollissement.

Il y a également un foyer de ramollissement dans la scissure de Sylvius du côté gauche, à la surface de la circonvolution marginale postérieure, près de son origine; ramollissement rougeâtre de 2 à 3 centimètres de longueur avec de petites suffusions sanguines dans la partie ramollie.

Protubérance. — Enfin, sur la face inférieure de la protubérance, on trouve une vascularisation énorme avec coagulation sanguine dans les veines; les caillots sont adhérents et durs; la surface de la protubérance présente une couleur hortensia; ils se prolongent dans les veines d'un plus gros calibre. Le sinus longitudinal inférieur est aussi en partie oblitéré par ces caillots; ces caillots ne sont pas récents : dans les petites veines, ils sont, comme je l'ai dit, fermes, très-adhérents et noirs; dans les troncs plus volumineux, il en est déjà qui ont subi un commencement de ramollisement, leur surface est irrégulière, grisâtre, ils adhèrent encore par places. L'examen du tronc basilaire et de ses branches, ainsi que celui de l'hexagone artériel, établit que toutes les artères de l'encéphale sont libres et ne possèdent aucune oblitération. Il y a donc eu là une thrombose partielle dans certains sinus, dans l'inférieur en particulier, ainsi que dans les veines de la base qui a produit les lésions de l'encéphale.

L'autopsie du kyste montre que la poche a une épaisseur considérable, la cavité unique est imparfaitement cloisonnée par des

fausses membranes très-épaisses et faiblement consistantes. La face interne de ce kyste, ainsi recouverte par ces fausses membranes, est mamelonnée et ressemble à l'estomac des ruminants. La poche communique assez largement avec le bassinet; la partie centrale du rein a disparu presque en entier; l'organe est réduit presque à sa partie corticale. Ce qui reste du rein a un très-gros volume et est manifestement gras.

Les gaz contenus ont été recueillis avec soin, et voici ce qu'a donné leur analyse faite dans le laboratoire de M. Baudrimont.

Quantité, 16 centimètres cubes, les gaz sont de l'oxygène, de l'azote, de l'acide carbonique dans la proportion suivante :

Oxygène, 8 centimètres cubes; acide carbonique, 1 centimètre cube ; azote, 7 centimètres cubes.

Le pus a été aussi analysé; il renferme une forte proportion d'albumine et du chlorure de sodium. Traité par la potasse, il fournit un dégagement d'ammoniaque; traité par les acides, il fournit un dégagement d'acide carbonique, ce qui semblerait indiquer la présence du carbonate d'ammoniaque provenant de la décomposition de l'urée.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel,
CRUVEILHIER.

Séance du 3 octobre 1877.

Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend:

A. — Les publications périodiques de la France et de l'étranger;

B. — 1° Un fascicule du traité de chirurgie et opérations du Dr E. Albert, de Vienne;

2° Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et chirurgie de Bordeaux;

3° Mémoires de la Société de médecine de Nancy;

4° Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris. mois d'août;

5° Une brochure du Dr Wasseige sur le laminens céphalique;

6° Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat (Allier).

7° Un rapport au chirurgien en chef du département de la guerre des États-Unis sur le transport des malades à l'aide des animaux, par M. Georges Oto.

8° M. Verneuil offre un mémoire intitulé:

Influence réciproque de la grossesse et du traumatisme. Lecture de ce travail a été donnée au congrès médical international de Genève.

Lectures.

M. le secrétaire général donne lecture du mémoire suivant :

Remarques sur un cas où l'éviscération partielle a pu remplacer avantageusement les différents procédés d'embryotomie,

par le Dr Lizé (du Mans), membre correspondant de la Société de chirurgie.

La présentation de l'épaule avec procidence du bras est une question sans cesse débattue en obstétrique; or, il ne faut pas s'en étonner quand on songe à la gravité de la situation.

Tâchons d'en circonscrire la limite, en ne parlant que du cas où l'utérus vide de liquide, hermétiquement appliqué sur le fœtus, demeure contracté non pas seulement au col, mais dans toute l'étendue de son corps. En pareille occurrence, la version est impossible, puisque l'introduction de la main ne peut même pas s'effectuer.

Il n'y a conséquemment à employer que deux moyens ultimes : *La détroncation ou l'éviscération.* Mais, quand l'accoucheur ne peut introduire la main entière de façon à embrasser le cou du fœtus, est-il prudent et possible de sectionner cette partie du corps avec les ciseaux de Dubois ou bien de la détacher avec la ficelle de Pajot, les crochets de Braun et de Hyernaux, ou enfin avec les instruments de Jacquemier, de Van Huevel, de Tarnier? Nous ne le pensons pas, aussi nous admettons que l'éviscération pratiquée avec mesure est la seule planche de salut pour la mère. Cette opération consiste à ouvrir la cage thoracique par le creux axillaire, afin d'en extraire les poumons et le cœur, puis la cavité abdominale, en perforant le diaphragme, afin d'en extirper les viscères qui y sont contenus. Elle est d'autant plus commode à exécuter que le bras ou une portion volumineuse des parties fœtales se trouve dégagée au dehors.

Une fois l'eviscération effectuée, on peut terminer l'accouchement par la version comme le voulait Posta, mais nous pensons avec Michaelis et le Dr Adolphe Pinard, que l'extraction par les pieds est le chemin le plus difficile; et qu'il vaut mieux faire sortir

l'enfant *corpore conduplicato*, imitant ainsi la nature qui produit l'évolution spontanée par la courbure forcée de la colonne vertébrale.

Arrivons au fait qui doit corroborer les réflexions précédentes.

Observation. Le 8 janvier dernier, la femme Gasnot, fermière dans la commune de Thorigué, primipare, 28 ans, de vigoureuse constitution, est prise des douleurs de la parturition. La sage-femme appelée près d'elle, ne trouvant pas de parties fœtales au toucher, prend la résolution d'attendre.

Le 9 janvier, les membranes sont rompues, la dilatation est avancée, et elle reconnaît une présentation de l'épaule sans indiquer laquelle. Un confrère du voisinage, appelé le 10 au matin, s'efforce d'opérer la version, mais ses tentatives échouent au milieu d'une matrice vidée d'eau et rétractée d'une façon tétanique. Mandé à notre tour, nous nous transportons à 8 lieues du Mans, dans la commune de Thorigué, le 11 janvier, c'est-à-dire quatre jours après le début du travail et trois jours après la rupture de la poche amniotique.

Voici ce qui s'offre à notre examen: bassin normal, présentation de l'épaule gauche avec procidence du bras correspondant, tout noir au poignet, chute du cordon exsangue et flétri, orifice vulvaire de couleur ardoisée; tête à gauche, dos en avant. En introduisant l'index en arrière et à gauche, nous rencontrons la main droite du fœtus qui se trouve près de la vulve, mais il nous est impossible d'atteindre l'aisselle et encore moins le cou de l'enfant à cause de la rétraction utérine qui est à son summum. La position normale du produit était manifestement *céphalo iliaque gauche*, c'est-à-dire tête à gauche, dos en avant avec présentation de l'épaule droite sans procidence du bras gauche. Évidemment on avait extrait ce membre dans les essais de version croyant agir sur une jambe; ce qui le prouve, c'est le sillon noirâtre, parcheminé du poignet et de plus l'abaissement considérable des parties fœtales appliquées contre la vulve. En outre, la matrice était tellement moulée sur l'enfant qu'on pouvait distinguer les différentes régions de son corps faisant relief sous la peau du ventre de la mère.

En présence de difficultés si graves, nous prenons le parti d'effectuer l'éviscération, puisqu'il n'y avait pas moyen de diviser le cou du fœtus par les procédés embryotomiques usités. Après avoir mis la patiente sur le bord du lit, comme pour l'introduction du forceps, nous appliquons la face palmaire de la main gauche sur le bras en procidence, puis remontant ainsi jusqu'au creux axillaire qui limite ce membre, nous y fixons solidement l'extrémité des doigts. Alors, conduisant le long de ceux-ci de forts ciseaux à bec de lièvre, il nous est loisible d'arriver au centre de l'aisselle et de l'ouvrir largement par des sections progressives et ménagées. Une fois l'ouverture assez élargie, l'index et le médius de la main droite y sont engagés, puis toute la main qui, plongeant sans entrave dans la poitrine fœtale, peut en extraire les poumons et le cœur.

Après avoir ainsi diminué le volume de l'enfant, nous exerçons de vigoureuses tractions sur le bras en procidence, afin d'amener le fœtus plié en deux, mais nos efforts deviennent impuissants. Nous allions procéder à l'éviscération abdominale, quand l'idée nous vint de couper les côtes dans toute la longueur du segment de poitrine qui s'offrait et de terminer par la section du bras et de l'épaule correspondante. Une fois la cage thoracique réduite à une moitié à laquelle restait fixé le bras droit, nous allons saisir celui-ci au-dessus de la vulve, à gauche, et par des tractions modérées sur lui nous faisons sortir aisément le fœtus *corpore conduplicato*, à la grande joie de tous les assistants. La délivrance est terminée sans peine, puis la femme Gasnot est remise convenablement au lit. Pas d'hémorrhagie subséquente ; en prévision d'un collapsus notable, du cognac lui est administré à dose suffisante. Le 14 janvier, notre confrère nous écrivait ce qui suit :

La malade va aussi bien que possible ; fièvre modérée, gonflement médiocre des seins, ventre peu ballonné et indolore, vaginité à odeur gangréneuse, pas de frissons. — Le 19 janvier, nouveaux renseignements : La femme Gasnot n'a plus de fièvre, le ventre est presque revenu à son volume ordinaire; l'utérus a opéré son mouvement rétrograde, le vagin est guéri des excoriations superficielles qu'il contenait; bref, toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement. — Entre cette dernière époque et le 21 février, jour où nous recevons une troisième lettre du médecin traitant, nous apprenons qu'un abcès était survenu à la fesse gauche, avec *une phlegmatia alba dolens double*, mais que, grâce à des soins appropriés, tout était rentré dans l'ordre.

Tels sont les détails de cette importante observation. En les passant au crible d'une analyse rigoureuse, on peut assurément se poser différentes questions plus ou moins fondées. Ainsi, naturellement, on se demande s'il n'était pas possible ici d'employer tel ou tel procédé de détroncation usité dans la pratique. Voyons d'abord celui du professeur Pajot, dit *du fil à fouet*. Il est en effet le plus simple et le plus expéditif, car avec lui le tronc du fœtus à terme est divisé très-vite, même au niveau du thorax. Mais dans le cas actuel, comment passer la ficelle par dessus l'enfant et l'amener à la main de l'opérateur, puisque l'introduction des doigts, déjà très-malaisée, trouvait de la résistance à une faible hauteur. Il faut en dire autant du crochet mousse articulé de Hyernaux, du crochet claviforme de Braun, du crochet avec scie à chaîne de Van der Eecken, des ciseaux de P. Dubois, de l'embryotome à lame cachée de Jacquemier, du forceps-scie de Van Huevel, ou de l'embryotome de Tarnier. Pour effectuer la décapitation ou la dérotomie au moyen de ces divers instruments, on doit, avant tout, bien protéger les parties molles de la femme avec la main gauche. Or, ici, le fœtus avait été tellement abaissé au niveau de l'épaule gauche, sa tête était restée si haute dans la fosse iliaque gauche, en outre, toutes les parties fœtales étaient si fortement étreintes, qu'on ne pouvait se hasarder à intro-

duire les instruments sus-indiqués sans un moyen protecteur des voies maternelles. Cette situation paraît donc suffisante pour légitimer l'emploi de l'éviscération.

Ainsi, en résumé, quand il y a comme ici un utérus vide de liquide, hermétiquement appliqué sur l'enfant, et quand il s'y ajoute une procidence du bras, il est permis de se servir de ce membre comme conducteur pour arriver jusqu'à l'aisselle. Une fois les doigts fixés sur ce dernier point, il faut glisser sur eux des ciseaux ou un bistouri et ouvrir convenablement le creux axillaire. Quand la boutonnière est suffisante, on doit l'élargir avec les doigts ou une pince dont les branches s'écartent de plus en plus. A travers cette porte béante, la main de l'accoucheur passe et plonge dans la poitrine pour en extirper les poumons et le cœur. Le dernier temps de l'opération consiste à couper les côtes dans toute la longueur du segment de poitrine qui se présente, en ayant soin d'attirer celui-ci dans le voisinage de la vulve par des tractions faites sur le bras en procidence. Enfin, on doit finalement essayer l'extraction en tirant sur ce dernier membre, et en cas de résistance invincible, terminer par son amputation et celle de l'épaule correspondante. Quand la cage thoracique est réduite à un seul segment auquel demeure fixé l'autre bras, il est urgent de saisir celui-ci et de faire sortir le fœtus *corpore conduplicato*. En effet, il s'agit de plier, comme un arc mobile, le segment de thorax qui reste, et cette flexion peut s'accomplir sous l'effort des tractions opérées sur le bras fixé juste au milieu de ce segment, ou bien par un crochet mousse implanté sur ce dernier point. L'éviscération partielle mise en œuvre de cette manière est donc l'acte préparatoire et efficace de l'extraction directe, de sorte qu'il n'y a pas besoin de faire une version, rendue d'ailleurs impossible et dangereuse par la rétraction utérine. Robert Lee pratique aussi la brachiotomie et l'éviscération, mais il sépare d'abord le bras du corps, perfore ensuite le thorax, et après avoir fixé son crochet sur le bassin ou la partie inférieure de l'épine, il exerce un degré de traction suffisant pour amener la délivrance.

Robert Lee affirme qu'il n'occasionne ni déchirure, ni contusion dans les parties sexuelles de la femme. Nous n'avons pas de peine à le croire quand cette opération est faite par des accoucheurs de sa valeur, mais nous pensons que si on peut saisir le bras attaché au segment de poitrine qui reste, l'extraction s'exécute simplement et sans le moindre inconvénient.

Dans le cas épineux qui vient d'être relaté, nous n'avons pas un instant perdu de vue ce sage précepte de nos maîtres : c'est qu'en obstétrique, l'extraction du fœtus mort doit toujours être effectuée comme celle d'un corps étranger, comme un polype volumineux, une tumeur fibreuse considérable, c'est-à-dire exerçant sur les voies maternelles le moins de violence possible.

De tout ce qui précède, il résulte que dans certaines présentations de l'épaule, la détroncation n'est pas l'*ultima ratio* et que l'éviscération partielle ou générale doit, au contraire, lui être préférée.

Nous livrons cette grave question à l'appréciation éclairée de nos savants collègues de la Société de chirurgie.

Communications.

Scléréme inflammatoire des grandes lèvres,

par M. Guéniot.

Dans la séance du 4 novembre 1874, M. Ledentu nous a communiqué un travail ayant pour titre : *Variété peu connue d'engorgement de la mamelle.* C'est d'un fait analogue à celui qu'a relaté notre collègue, que je viens aujourd'hui vous entretenir. Sans doute dans les deux cas, l'organe intéressé n'est point le même : M. Ledentu nous a parlé de la *mamelle*, et dans mon observation, il s'agit des *grandes lèvres.* De plus, la première malade était une femme de 70 ans, tandis que la seconde était une fillette de 10 jours. Mais, à part ces différences d'âge et de siége, je trouve dans les symptômes une telle concordance qu'il m'a paru intéressant, en vue d'éclairer un sujet si obscur, de rapprocher l'un de l'autre les deux exemples auxquels je fais allusion. Voici la relation de celui qui m'est propre.

Œdème inflammatoire spécial des grandes lèvres chez une petite fille du premier âge. — Faiblesse congénitale. — Mort. — Autopsie.

Le 30 décembre 1874, on apporta dans mon service une petite fille, née 10 jours auparavant, de très-faible constitution et paraissant avoir beaucoup souffert dans sa nutrition. Elle était affectée de diarrhée et d'un abcès superficiel de la région lombo-sacrée. En ce point, et dans une grande étendue, les téguments se montraient amincis, d'un rouge sombre et décollés par une nappe purulente. D'autre part, la grande lèvre droite présentait à la fois une rougeur vive, un gonflement œdémateux notable et une consistance plus ferme que dans l'état normal. Ces derniers symptômes étaient nettement localisés à la grande lèvre.

Je ponctionnai l'abcès lombaire ; il s'en écoula environ 20 grammes d'un pus fluide et roussâtre, légèrement sanguinolent. Puis, je prescrivis l'application d'un double cataplasme sur les lombes et sur la vulve. L'enfant, allaitée au sein, fut confiée aux soins d'une nourrice.

Le 3 janvier, l'abcès était en bonne voie de guérison; mais la grande lèvre droite avait plus que triplé de volume; la peau en était très-rouge et très-tendue; par la palpation, on trouvait à l'organe une rénitence élastique particulière ; on eût dit qu'il était affecté d'une inflammation phlegmoneuse et que la formation d'un abcès était inévitable.

Le lendemain, 4 janvier, ce n'est pas seulement la grande lèvre droite qui offre les symptômes précités; mais la gauche s'est prompte-

ment tuméfiée et, en moins de 24 heures, elle a acquis les proportions de sa congénère, dont elle offre d'ailleurs les mêmes caractères morbides.

Jusqu'au 7 janvier, les deux grandes lèvres restent ce qu'elles étaient le 4. Vainement je cherche dans leur épaisseur, un foyer de suppuration; elles ne cessent d'offrir une consistance ferme, une sorte d'œdème dur. Le mal reste strictement limité à ces deux replis tégumentaires; les petites lèvres ne subissent aucune modification, et les ganglions inguinaux ne paraissent pas être engorgés. L'état général ne s'est pas aggravé; il offre plutôt une légère amélioration.

Le 8, on remarque dans la lèvre droite une diminution très-notable de volume et de coloration; sa consistance est beaucoup moindre; la peau y est un peu ridée, comme flétrie. Quant à la lèvre gauche, — la dernière affectée, — elle conserve les mêmes caractères que les jours précédents.

Le 9, la lèvre droite est plus affaissée encore que la veille; la gauche a diminué d'un tiers, mais elle reste encore rouge et rénitente. L'enfant n'a pas eu, depuis 24 heures, d'évacuation alvine et a très-peu uriné. L'abcès lombaire paraît cicatrisé, ou plutôt il ne fournit plus de sécrétion.

Le 10, lèvre droite molle et presque revenue à son volume normal; lèvre gauche beaucoup moins tuméfiée qu'auparavant, mais encore rouge et un peu consistante. Retour de la diarrhée; état général mauvais; visage ridé, terreux; décadence visible.

Le 11, état de plus en plus grave. La lèvre gauche a peu diminué depuis hier; des plaques rouges, étendues, se remarquent sur les deux membres inférieurs, aux jambes comme aux cuisses.

Le 13, ces rougeurs, d'abord superficielles, ont à peu près complétement disparu sur le membre droit; mais sur le membre gauche, elles se sont transformées en une inflammation d'aspect phlegmoneux qui occupe toute l'étendue de la jambe et du pied. Ces parties sont très-tuméfiées, d'un rouge vif, et la pression du doigt y marque une empreinte commo s'il s'agissait d'un phlegmon diffus.

En fait, je considère l'affection comme telle, et c'est à cause de l'état désespéré de la petite fille que je m'abstiens de pratiquer des incisions. Quant aux grandes lèvres, elles sont redevenues rouges et rénitentes comme avant le 7 janvier; leur volume cependant, quoique très-augmenté, reste moindre qu'il n'était alors.

Le 16 janvier, je constate sur la face interne du genou gauche une très-petite ulcération des téguments; la jambe et le pied présentent les mêmes caractères morbides que le 13; les grandes lèvres se sont affaissées de nouveau, tout en conservant de la rougeur et une certaine fermeté.

Enfin, le 19, l'enfant succombe aux progrès de sa dénutrition sans que la jambe enflammée ait fourni d'autre suppuration que celle de la petite ulcération du genou, et cette suppuration a été constamment presque insignifiante. Le traitement a consisté uniquement dans l'emploi de cataplasmes ou de feuilles d'ouate huilée et chauffée en application sur les parties malades.

Voici maintenant ce que l'*autopsie*, faite 28 heures après la mort, nous permit de constater. On ne peut découvrir à la surface des grandes lèvres ni ouverture, ni pertuis si étroit qu'on le suppose. L'hypothèse d'une collection purulente qui nous aurait échappé, et qui se serait vidée à notre insu, est donc absolument inadmissible. Les organes voisins paraissent exempts de toute altération. Quant aux lèvres elles-mêmes, des incisions pratiquées en divers sens montrent que leur tissu est humide et d'aspect légèrement lardacé, rappelant ainsi celui qu'on trouve autour des articulations enflammées ou des os affectés de périostite. — La section des parties molles de la jambe et du pied gauche donne lieu à un écoulement de sérosité sanguinolente contenue dans les mailles du tissu conjonctif; celui-ci est, en effet, partout infiltré et la matière d'infiltration n'offre nulle part le caractère purulent.

En aucun point des régions affectées, le squelette ne présente d'altération. C'est ainsi que la colonne lombaire et le bassin, le genou gauche et les os de la jambe correspondante, sont trouvés partout exempts de lésion. Il en est de même des diverses articulations des membres inférieurs. Les ganglions lymphatiques des aines et des fosses iliaques, examinés avec soin, n'ont point paru être altérés. Leur tissu était bien un peu consistant et d'aspect rougeâtre; mais celui des ganglions axillaires offrait sensiblement les mêmes caractères, tout au plus pourrait-on dire que le ganglion de l'anneau crural, à droite comme à gauche (et même plus à droite qu'à gauche), présentait un volume faiblement exagéré.

Les deux poumons étaient affectés d'atélectasie; le droit, dans près des 2/3 inférieurs de sa masse, et le gauche, dans 1/5 environ de son étendue. Dans ces points, le tissu pulmonaire était brunâtre, compacte, comme épaissi; plongé dans l'eau, il gagnait le fond du vase. Les divers autres viscères nous parurent être sains (le foie, la rate et les reins en particulier).

On le voit, dans ce cas comme dans celui de M. Ledentu, ce sont les mêmes symptômes essentiels: tuméfaction considérable, rougeur vive et consistance ferme de tout l'organe. Puis, malgré cette apparence inflammatoire, la résolution se produit sans aucune trace de suppuration. Et comme pour compléter la ressemblance entre les deux faits, l'une des grandes lèvres, de même qu'il était advenu pour les seins, ne fut atteinte que plusieurs jours après la première. Pareillement, il survint dans l'un des membres inférieurs un œdème aigu considérable, comme il s'en était produit, chez la malade de M. Ledentu, dans l'un des membres supérieurs; et cet œdème, dans un cas comme dans l'autre, différait par sa *mollesse* de l'engorgement spécial du sein et de la grande lèvre. Il est donc difficile de ne pas reconnaître à ces deux exemples pathologiques une même nature, un même caractère intime.

Notre collègue, cherchant à préciser quel était dans son fait le

tissu particulièrement atteint, semble vouloir admettre que c'était le système lymphatique. Je ne contredirai pas à cette hypothèse, car j'y serais trop peu autorisé ; mais on remarquera que l'autopsie de ma petite malade infirme, plus qu'elle n'appuie, une telle manière de voir. Pour moi, sans vouloir formuler aucune opinion exclusive sur ce point, j'inclinerais plutôt à penser que le système vasculo-moteur a été le premier affecté. Je rappellerai, d'ailleurs, que l'œdème dur qu'on observe parfois dans la pustule maligne, et surtout la fluxion douloureuse qui caractérise les oreillons, ne sont pas sans une certaine analogie avec l'affection que M. Ledentu et moi avons observée.

Discussion.

M. Guéniot. Le travail de M. Lizé m'a paru fort intéressant et je me plais à féliciter notre collègue, pour la manière heureuse dont il a conduit son opération.

Un point m'a particulièrement frappé dans les réflexions qui accompagnent l'observation clinique; ce point est relatif à la *version*, que M. Lizé déclare à plusieurs reprises être impossible dans les cas analogues au sien. Pour moi, je ne puis souscrire à cette opinion; je crois que, quel que soit le degré de rétraction de la matrice, la main peut encore pénétrer dans cet organe. Cette introduction, sans doute, est à la fois difficile et dangereuse, mais elle est rigoureusement possible. Si j'en fais ici la remarque, ce n'est pas que je veuille préconiser la version, de préférence aux opérations embryotomiques; je tiens seulement à rappeler que, dans certains cas, la version se présente comme unique ressource et que, lui fût-on opposé, on serait cependant contraint de la pratiquer. Pour ma part, j'ai dû subir plus d'une fois cette contrainte et, tout récemment, M. Depaul, quoique très-peu partisan de cette opération, me racontait un fait du même genre.

Il s'agissait d'une femme rachitique dont le bassin ne mesurait que 8 centimètres, et chez laquelle l'enfant se présentait par le tronc. L'écoulement prématuré des eaux avait en outre provoqué une rétraction énergique de la matrice. Comme chez la malade de M. Lizé, l'élévation de la tête fœtale fit renoncer à toute tentative de section du cou. M. Depaul recourut, en conséquence, à l'éviscération qui fut exécutée sans trop de peine. Mais lorsqu'il voulut entraîner le fœtus en double à l'aide d'un crochet fixé sur la colonne vertébrale, celle-ci se rompit dès les premières tractions, et finalement le chirurgien fut forcé d'abandonner cette opération pour tenter la version. La manœuvre, comme il avait été prévu,

fut extraordinairement laborieuse ; ce n'est qu'après des efforts multipliés que M. Depaul put enfin saisir un jarret, ce qui lui permit de faire évoluer le fœtus; mais il lui eût été impossible, me disait-il, à cause de son extrême fatigue, d'atteindre jusqu'aux pieds.

A propos de ces difficultés, puisqu'il est constant que parfois, malgré les conditions les plus défavorables, on se trouve contraint de recourir à la version; je rappellerai qu'hier, à l'Académie de médecine, j'ai précisément fait connaître un procédé opératoire particulier qui, dans ces cas exceptionnels, permet de mener à bien l'extraction manuelle du fœtus. Sans insister sur les avantages de ce procédé (procédé ano-pelvien), je me bornerai à dire que celui-ci consiste essentiellement: 1° à s'aider du poids du corps pour faire pénétrer la main, presque sans fatigue, jusque dans la cavité utérine; 2° à prendre, comme point d'appui, pour les tractions à exercer sur le fœtus, l'arcade pubienne ou la pointe sacro-coccygienne, à l'aide d'un doigt courbé en crochet dans le rectum.

M. Desprès communique à la Société une observation d'abcès des os [1].

Abcès intra-osseux de la diaphyse du tibia.

Voici le fait : un homme de 26 ans est entré à l'hôpital Cochin présentant des douleurs vives sur le tibia de la jambe droite, douleurs qui offraient des exacerbations. Ce malade, à l'âge de 17 ans, s'était fait une fracture sus-malléolaire, avait été traité d'une façon irrégulière et avait repris son travail trop rapidement. Depuis 9 ans le tibia était resté gros, et tous les six mois environ, il y avait une poussée de douleurs qui se sont terminées deux fois par un petit abcès sans périostite, qui avait guéri assez vite sans qu'il y eut élimination de séquestres.

Depuis cinq mois les douleurs n'avaient pas cessé, des pointes de feu n'avaient amélioré que faiblement le mal.

Le tibia était tuméfié et présentait la forme d'un fuseau ; nulle part il n'y avait irrégularités, si ce n'est à la partie inférieure de la jambe, les douleurs constantes qui existaient sur cet os, existaient sur la partie renflée de l'os et dans un point qui correspondait à l'union du tiers supérieur du tibia avec le tiers moyen.

Le malade n'avait point de fièvre.

En présence de la tuméfaction de l'os et des douleurs fixes, je diagnostiquai un abcès de l'os et songeai à évacuer le pus.

[1] M. Desprès remettra plus tard l'observation avec les suites de l'opération.

Au niveau du point où la douleur était le plus constante, je fis une incision en T, et après avoir dénudé le tibia, j'appliquai une couronne de trépan et enlevai une rondelle d'os de 15 millimètres d'épaisseur. Je tombai sur le côté d'une cavité pleine de pus, couleur chocolat, mais bien lié, et qui pouvait être évalué à la quantité du contenu d'une cuillerée à café. La cavité de l'abcès pouvait loger la pulpe de l'indicateur, c'est ce que l'on put bien apprécier en examinant la rondelle d'os enlevée, celle-ci en effet comprenait le tiers de la cavité de l'abcès, une fausse membrane tapissait le foyer.

L'opération a été faite il y a deux jours, et le malade pansé avec des cataplasmes va aussi bien que possible.

Il y a deux théories actuellement adoptées pour expliquer la formation des abcès des os, l'une attribue l'abcès à une nécrose suivie de résorption du séquestre, l'autre rattache l'abcès à une ostéite interstitielle. Chez mon malade vous voyez qu'il s'agit d'une fracture chez un sujet encore jeune et dans la période de l'accroissement des os, et dont la fracture est mal soignée. Ne pourrait-on pas juger qu'il s'agit ici d'un abcès autour d'un foyer hématique ancien, d'une oblitération consécutive des canaux de Havers et emprisonnement d'un foyer hématique dans un cal difforme. Le tissu osseux se serait résorbé en laissant à sa place un véritable abcès. Certes, on peut songer qu'il y a eu ostéite interstitielle, mais l'origine traumatique de l'abcès ne saurait être méconnue.

Deux points intéressants ressortent encore du fait, l'efficacité de la trépanation, et surtout la facilité avec laquelle on peut arriver sur l'abcès de l'os en se guidant sur le point où la douleur atteint son maximum.

Discussion.

M. Duplay. Dans l'intéressante communication de M. Desprès, je relèverai surtout ce fait, que les abcès des os décrits par Brodie sont épiphysaires et, par conséquent, n'appartiennent pas au corps de l'os.

Quant à la théorie relative à la formation de ces collections purulentes, au départ d'un épanchement sanguin développé dans les canalicules de Havers, je n'ai rien à en dire, si ce n'est que les canaux osseux me paraissent un élément bien microscopique pour être le siége de ces épanchements.

M. Terrier. Je n'admettrais pas sans réserve que tous les abcès des os soient épiphysaires; je pense que pour leur donner ce nom

il a fallu prendre l'épiphyse dans son sens chirurgical, et encore un certain nombre de ces abcès seraient diaphysaires.

Au point de vue pratique, l'opération faite par M. Desprès a parfaitement réussi: les douleurs étaient aussi intenses que dans la forme d'ostéite dite névralgique et si bien décrite par M. Gosselin, la préparation a fait cesser tout symptôme douloureux.

Quant à la pathogénie de ces abcès, on pourrait arriver à concilier les deux doctrines en présence: la nécrose étant une maladie d'origine inflammatoire, on comprend qu'une ostéite, chez un individu jeune, puisse, comme la nécrose, déterminer une suppuration, sans qu'il soit nécessaire d'admettre que ce pus ne soit qu'un abcès hématique.

M. Houel. Je tiens à bien déterminer le siége exact des abcès des os, en m'aidant des nombreuses pièces conservées dans le musée Dupuytren et de l'expérience que je puis avoir, par le fait d'un cas d'abcès des os observé et trépané par moi.

Il y a des abcès de trois ordres sous le rapport de leur siége : Les épiphysaires qui se subdivisent en deux, suivant qu'ils occupent l'épiphyse supérieure ou l'inférieure. Une seconde espèce comprend les abcès du canal médullaire dont les parois sont très-denses. Enfin je signalerai une 3e espèce à laquelle appartient le cas de M. Desprès; l'abcès est compris entre la face externe de l'os et de nouvelles couches osseuses sécrétées par le périoste, cette cavité qui peut contenir du pus ou un liquide transparent n'a généralement que le volume d'une petite noisette. Ainsi donc les abcès peuvent être épiphysaires et diaphysaires et dans ce dernier cas occuper le canal médullaire ou siéger dans l'épaisseur du tissu compact de l'os.

M. Desprès. Le siége de l'abcès est très-facile à vérifier sur mon malade, il est distant à peu près de 2 centimètres du canal médullaire et de 7 millimètres à peu près du périoste, plus rapproché par conséquent de la surface de l'os que de son centre.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel,
Cruveilhier.

Séance du 10 octobre.

Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. le secrétaire général Paulet donne lecture de la correspondance.

A propos de la correspondance.

M. Paulet, nommé professeur à la faculté de Lyon, demande à être relevé de ses fonctions de secrétaire général.

Communications.

M. LEDENTU. Je désire mettre sous les yeux de la Société une pièce relative à une malade à laquelle j'ai pratiqué la désarticulation de la cuisse pour une tumeur de la partie inférieure du fémur.

L'affection ne s'est dénotée, jusqu'en février 1875, que par une douleur fixée au niveau du condyle interne du fémur; à cette époque on a vu se développer une tuméfaction qui a fait de rapides progrès. Lorsque je fus appelé à examiner le membre, il avait 64 centimètres de circonférence; en suivant le fémur on sentait très-bien le point où s'arrêtait une tuméfaction profonde qui paraissait due soit aux os, soit aux parties molles.

Le diagnostic assez facile ne pouvait être posé qu'entre un sarcôme et un enchondrome. Je dois dire que rien dans la forme de la tumeur, dans les incidents de sa surface n'indiquait un enchondrôme; la peau était à peu près intacte, mais présentait quelques points violacés; quelques veines variqueuses se montraient au-dessus de la tumeur.

L'état général était bon, il n'y avait rien d'appréciable dans les viscères; la malade avait bon aspect pour son âge qui était de 50 ans.

Je laissai s'écouler une huitaine de jours entre l'entrée de la malade et le jour de l'opération. J'employai la méthode à deux lambeaux, en tracant l'antérieur de dehors en dedans, et liant à mesure les vaisseaux. Je n'ai à signaler qu'une dépression très-marquée par le fait du chloroforme, la flagellation en eut vite raison.

Le pansement des kystes a été appliqué, mais j'ai cru devoir suspendre un moment la pulvérisation qui me paraissait déterminer un refroidissement trop considérable. J'ai appliqué trois points de suture profonde métalliques avec plaque de plomb ; j'ai placé quatre drains ; un dans le vide laissé par la loge du grand trochanter, deux autres dans la cavité cotyloïde, enfin un quatrième entre les angles de la plaie.

L'examen de la pièce sera fait et montrera si nous avons affaire à un enchondrome ou à un sarcome. La grosse question était de faire un choix entre l'amputation et la désarticulation. MM. Gillette, Poinsot, Merrier sont unanimes pour la désarticulation, mais l'opération est si grave à la cuisse que j'ai dû ne me décider qu'après un mûr examen, car en balance des chances de récidives auxquelles expose l'amputation dans la continuité, il y a les chances si terribles de mort auxquelles expose l'amputation dans l'article. Ce qui m'a décidé à prendre ce dernier parti c'est l'état de la peau, la sensation de tuméfaction des parties dures qui me faisait craindre que le canal médullaire ne fût atteint.

La malade est du reste en bon état et je mettrai la Société au courant des phases de sa maladie. Je signalerai la présence au niveau de la peau du grand trochanter d'un nodule induré dont j'ai fait l'ablation et dont l'examen présentera certainement de l'intérêt.

Discussion.

M. Gillette. M. Ledentu nous a parlé de douleurs peu intenses chez sa malade ; ce fait tiendrait à faire admettre un chondrome, car la douleur est très-vive dans les ostéosarcomes. Je ferai remarquer que les cartilages sont intacts, ce qui est la règle ; j'ajouterai enfin que, selon moi, M. Ledentu a très-bien fait d'avoir recours à la désarticulation.

M. Houel. Je félicite d'autant plus M. Ledentu d'avoir fait la désarticulation, que l'os me paraît profondément altéré ; on rencontre une lame osseuse d'aspect blanchâtre qui ressemble à du tissu nécrosé et qui eût empêché la cicatrisation dans le cas d'amputation.

Quant à la nature de la tumeur, elle me paraît enchondromateuse ; mais il ne s'agit pas là d'un enchondrôme bénin, comme dans le cas de Victorine Pellerin rapporté par Boyer, mais d'un enchondrome mou, essentiellement malin et tendant à se généraliser.

M. Duplay. Je pense qu'il est impossible de poser un pronostic

sérieux avant l'examen histologique; je crois qu'il s'agit là cependant non d'un enchondrome, mais d'un sarcome complexe comme pour la parotide, et que malgré l'habileté de l'opération cette tumeur récidivera.

M. Després. Je porte sur cette tumeur un pronostic grave comme l'ont fait MM. Houel et Duplay. M. Guyon a fait une désarticulation de cuisse pour un sarcôme des parties molles il y a quelques années, il y a eu récidive dans un laps de temps très-court et la tumeur ne siégeait pas dans les os. J'ai observé une généralisation analogue dans un cas de sarcôme des parties molles où j'avais fait une simple ponction.

M. Marc Sée. Je me range à l'avis de M. Duplay au sujet de la récidive. J'ai fait une désarticulation de l'épaule chez une petite fille de 12 ans, qui présentait une tumeur de la partie supérieure de l'humérus ; la peau était altérée, amincie, et mes lambeaux furent tracés peu régulièrement. La cicatrisation fut régulière, mais avant qu'elle fût complète, on vit se développer à la partie latérale du front une petite tumeur, une autre survint au crâne ; il s'agit pour moi d'une généralisation qui entraînera rapidement la mort.

M. Lucas-Championnière. M. Després a parlé du malade de M. Guyon ; la tumeur n'était pas extérieure à l'os, car on a trouvé un noyau de sarcome dans la tête du fémur. Le malade parut guéri 7 ou 8 mois ; il succomba à un cancer du poumon sans récidive dans la plaie.

M. Forget. J'attache une grande importance pour le diagnostic de ces tumeurs à la rapidité avec laquelle elles font explosion. On rattachait autrefois ces tumeurs au cancer, l'examen histologique a permis d'en étudier les éléments, mais le symptôme que je signale est toujours propre à une catégorie de ces tumeurs.

Je désire soulever un deuxième point. Il y avait de ces tumeurs auxquelles Lisfranc, Blandin ne touchaient pas avant qu'il y eût aucun signe d'intoxication générale. Plusieurs de nos collègues affirmant que cette tumeur récidivera sont sans doute d'avis qu'il ne fallait pas y toucher : cela me paraît le point capital, tout en déclarant que l'œuvre chirurgicale de notre collègue me paraît inattaquable.

M. Nicaise. J'ai observé un cas de sarcome pulsatile du tibia chez un homme bien portant en apparence et n'éprouvant aucune douleur jusqu'à un moment donné où une souffrance aiguë survint subitement dans la rue. J'ai fait l'amputation de la cuisse, le malade succomba avec un cancer du poumon avant la cicatrisation de la plaie.

M. Duplay. J'avais exprimé une opinion basée sur la généralité des faits. Je rappellerai que j'ai opéré un malade atteint d'un sarcôme du calcaneum par l'amputation de la partie moyenne de la jambe. La cicatrisation se fit parfaitement, mais un an après il y eut récidive dans le moignon.

M. Marjolin. Quand on voit les récidives se faire aussi rapidement chez des gens non cachectiques, on est découragé. Si cependant on transformait la non intervention en règle générale on risquerait de laisser échapper l'occasion de sauver quelques malades, car on ne peut diagnostiquer au juste la nature de la maladie.

Quant à la règle qui guidait nos maîtres, je crois qu'ils s'en tenaient à l'état général; j'ai vu Blandin désarticuler la cuisse pour une tumeur analogue ; j'ai amputé la cuisse chez une jeune sœur des hôpitaux pour une tumeur osseuse du tibia, il y a 20 ans, et la santé s'est maintenue parfaite : il ne faut donc pas faire une règle générale de l'abstention.

M. Desprès. J'attache à l'amaigrissement une grande importance comme signe de la généralisation. Souvent, en effet, c'est une fracture spontanée qui est le premier signe du mauvais état général, aussi faut-il faire grande attention à l'émaciation.

M. Ledentu. Je remercie mes collègues de leurs observations auxquelles je vais répondre rapidement.

Je dirai à M. Gillette que les douleurs ont été lancinantes dès le début et assez prononcées. Quant à l'amaigrissement, ce signe n'existait pas, car la maigreur n'a pas augmenté et les fonctions étaient régulières, je déclare qu'il n'y avait aucune trace de cachexie.

J'ajouterai que je ne me fais pas d'illusion sur la gravité de la situation. Lorsque ces tumeurs osseuses se développent rapidement, elles sont malignes, primitivement ou consécutivement. En disant chondrôme je ne pensais pas à une tumeur bénigne, mais si le tissu cartilagineux n'est pas uni à du sarcôme, on peut espérer encore qu'il n'y aura pas récidive. Les faits sont encore peu nombreux et peu probants, aussi ne peut-on pas dire que la clinique soit en désaccord avec l'histologie, ce désaccord est au contraire moins prononcé qu'autrefois.

Je reviens sur les fractures spontanées. J'ai vu une jeune fille de 20 ans qui eut une fracture spontanée du col du fémur ; au bout de quelque temps, la tumeur, assez volumineuse d'abord, diminua et la malade se porta bien.

Je ne veux pas nier la gravité de mon fait, mais je dis qu'on ne

peut encore poser en règle générale qu'il ne faut jamais opérer, il y a des cas où on a le devoir de se décider à une opération.

Contracture permanente de cause traumatique des muscles du côté droit de la face et du masseter correspondant.

par M. Duplay.

E. D..., âgé de 19 ans, terrassier, entre à l'hôpital le 7 mars 1877. Il y a trois semaines, il a reçu au niveau de l'os malaire droit un coup de pied de cheval qui l'a renversé. Dans sa chute, sur le côté gauche de la face, il s'est fendu le sourcil. Pas de perte de connaissance, pas d'écoulement de sang par l'oreille, pas de trouble dans la vue.

A la suite de ce traumatisme, il survint un gonflement douloureux de tout le côté droit de la face, gonflement qui disparut dans l'espace de huit jours, mais le malade remarqua à ce moment qu'il ne pouvait ouvrir la bouche et que ses traits étaient déviés.

A son entrée à l'hôpital, on constate une asymétrie complète entre les deux côtés du visage ; tandis que le côté gauche offre sa physionomie naturelle, la moitié droite de la face est grimaçante et présente cette apparence particulière désignée sous le nom de *rire sardonique*.

La moitié droite du front est ridée, le sourcil de ce côté contracté. La fente palpébrale est rétrécie ; les paupières demi-closes et immobiles. Le malade ne peut les écarter volontairement.

Toute la région de la joue paraît comme affaissée ; le sillon naso-labial est presque complétement effacé.

La fente labiale est un peu oblique de bas en haut et de droite à gauche ; la lèvre supérieure et la lèvre inférieure dans leur moitié droite sont plus saillantes que du côté gauche.

Au niveau du menton, on constate une dépression correspondante à l'attache de la houppe du menton.

L'asymétrie entre les deux côtés de la face s'accuse dans les mouvements de chacune de ses parties, et surtout dans le rire. On constate alors que les parties contracturées sont en même temps immobiles. Si le malade essaie d'ouvrir la bouche, la difformité est tout à fait singulière ; tandis que du côté gauche les deux lèvres et la commissure s'écartent normalement, du côté droit les lèvres restent accolées l'une à l'autre et la commissure demeure immobile. L'écartement des mâchoires est également très-incomplet et le doigt introduit dans la bouche permet de reconnaître que le masseter du côté droit est dur et fortement contracté. En explorant avec le doigt la face interne des lèvres et de la joue droite, on constate également une dureté anormale de ces parties et une contracture musculaire, qui cède peu à peu à la pression, déterminant une légère douleur, dont le malade rapporte le siége au niveau du sillon naso-labial correspondant.

Il accuse aussi quelques picotements dans la moitié droite de la lèvre supérieure, et quelques légères contractions, non douloureuses

dans tous les muscles du côté droit de la face. La sensibilité cutanée est d'ailleurs parfaitement normale.

Le malade étant chloroformé, quoique la résolution complète n'ait pu être obtenue, on constate une légère modification dans les parties contracturées ; l'écartement des mâchoires devient faible, et l'on peut introduire le pouce entre les arcades dentaires.

Le malade a été soumis à l'électrisation ; les muscles se contractent énergiquement, mais on doit abandonner l'emploi de l'électricité à cause des douleurs vives qu'elle détermine. Le traitement a consisté dans l'application de coins de bois entre les mâchoires, et dans la pratique de diverses manœuvres ayant pour but de produire l'écartement mécanique des muscles contracturés. Sous l'influence de ces moyens, la contracture a peu à peu disparu et le malade quittait l'hôpital après six semaines, ne conservant presque plus de traces de sa difformité. L'écartement des mâchoires était normal.

J'ai pensé qu'il s'agissait dans ce cas d'une simple contracture réflexe, due à l'action du traumatisme. Il n'y avait plus trace d'inflammation au moment de l'entrée du malade à l'hôpital et je me suis assuré que cette contracture ne tenait pas à une altération des dents.

M. Guéniot. — J'ai souvenir que M. Dubreuil a présenté un cas de contracture d'un membre par suite d'une affection articulaire traumatique, ce qui me conduit à demander si l'articulation de la mâchoire était atteinte.

Contraction réflexe des muscles de la face, des mâchoires et du sterno-mastoïdien du côté droit, d'origine traumatique,

par M. Terrier.

Le nommé Toquard (Jean), charretier, âgé de 49 ans, entre le 12 mai 1876 dans le 1er pavillon, lit n° 32, à l'hôpital Beaujon, où je faisais le service du professeur Dolbeau. Cet homme raconte que le 17 avril dernier il fit une chute dans un escalier, il ne perdit pas connaissance et se fit une plaie du cuir chevelu siégeant à trois centimètres au-dessus de la protubérance occipitale externe et du côté droit. Cette plaie avait environ 4 centimètres de longueur, elle n'a jamais été très-douloureuse et a toujours très-peu suppuré.

Quelques jours après, à son réveil, il ressentit une vive douleur dans le côté droit du cou et surtout le long de ligne courbe occipitale, au niveau des attaches du sterno-mastoïdien. En même temps, le malade s'aperçut qu'il ne pouvait tourner la tête à droite, ni ouvrir la bouche; de ce côté les arcades dentaires étaient serrées l'une contre l'autre, de plus il y avait une certaine difficulté dans la déglutition des aliments liquides. Cet homme attribue cette gêne à un refroidissement quoiqu'il n'ait pas eu de fièvre et que l'appétit fût parfaitement conservé.

Le jour de l'entrée du malade, 12 mai, c'est-à-dire près d'un mois

après l'accident, on constate : une contracture des muscles de la face du côté droit, la moitié droite du front est plissée et beaucoup plus ridée que la moitié gauche correspondante ; l'œil droit est presque fermé par la contraction de l'orbiculaire ; la commissure des lèvres est déviée en haut et à droite, toute la partie latérale droite de la figure est grimaçante. La bouche ne s'ouvre que très-difficilement, il existe une contraction tonique du masseter et du ptérygoïdien interne du côté droit. La tête est tournée vers l'épaule gauche et ne peut être ramenée à droite quelque effort que fasse le malade ; le sterno-mastoïdien droit est contracturé et se dessine nettement sous la peau, ressemblant à une corde rigide facile à sentir.

Les accidents de contracture tonique s'exagèrent par moments, lorsque le malade fait des efforts et en particulier lors de la déglutition, qui est toujours un peu pénible.

Nous ne trouvons rien dans les antécédents qui puisse nous rendre compte de ce singulier phénomène, sauf le traumatisme. Cet homme n'a jamais eu de rhumatismes musculaire ou articulaire, pas d'affection nerveuse, jamais de phénomènes analogues du côté des autres muscles de l'économie. Il assure n'avoir jamais eu d'accidents syphilitiques et d'ailleurs n'en présente nulle trace.

En examinant les mâchoires, nous nous sommes aperçus que le malade avait des dents très-altérées ; et voulant nous assurer si l'existence des chicots n'était pas la cause de la contracture, nous les lui avons fait enlever.

Le 20 *mai*, malgré l'ablation de 5 racines cariées, la contracture persiste encore presque aussi intense qu'à l'entrée du malade à l'hôpital. La plaie du cuir chevelu, pansée méthodiquement, va très-bien et et est en pleine voie de cicatrisation. — Expectation.

22 *mai*. La contraction du visage a un peu diminué, les mâchoires s'ouvrent un peu mieux, le sterno-mastoïdien est encore douloureux à son insertion supérieure, et le torticolis persiste.

Expectation. Bains tièdes tous les deux jours, frictions sur le cou avec l'eau-de-vie éruptive.

29 *mai*. Les phénomènes ont presque totalement disparu, la face est normale, toutefois l'ouverture de la bouche est plus large du côté gauche qu'à droite. Le torticolis n'existe plus, mais il persiste encore une certaine douleur au niveau des attaches supérieures du sterno-mastoïdien droit. La plaie du cuir chevelu est cicatrisée depuis quelques jours.

Le 30 *mai*, le malade quitte l'hôpital et est complétement guéri.

En résumé, comme dans l'observation de notre ami et collègue M. S. Duplay, notre malade a été pris d'une contracture des muscles de la face, des muscles masticateurs et du sterno-mastoïdien du côté droit, après une lésion traumatique siégeant elle-même à droite et ayant intéressé le cuir chevelu au niveau de la protubérance occipitale externe.

Le fait nous avait beaucoup frappé, aussi en avons-nous pris immédiatement l'observation, nous réservant de trouver des cas analogues.

Or, malgré nos recherches, très-certainement incomplètes, il ne nous a pas été donné de lire une observation sinon identique, au moins comparable à la nôtre. Ne pouvant expliquer les phénomènes observés chez notre malade, nous avons cru devoir diagnostiquer une contracture réflexe d'origine traumatique, comme l'a fait M. S. Duplay.

M. Desprès. Il y a quelques faits de Duchenne, de Boulogne, d'origine différente, il est vrai, mais qui permettent d'interpréter le fait actuel. M. Duchenne a dit que, lorsqu'on traitait une paralysie faciale par l'électricité, on obtenait une contracture convulsive dans quelques cas. Voilà une contracture expérimentale qui nous permet de comprendre comment le traumatisme peut agir ; il s'agit sans doute d'une névrite congestive.

M. Nicaise. J'ai observé à l'hôpital temporaire un homme de 50 ans qui avait une contracture de la face depuis 2 ans par suite d'un traumatisme.

M. Duplay. J'avoue avoir consulté Duchenne, de Boulogne, et n'avoir rien rencontré de semblable ; les cas cités par M. Desprès sont consécutifs à une paralysie faciale et non à l'emploi de la faradisation ; il se fait une rétraction, comme du reste dans le cas de M. Nicaise, que je me permettrai de mettre en garde contre l'appréciation qu'il porte sur son malade. Le fait de M. Terrier me paraît seul concorder avec le mien, et j'avoue n'en avoir pas trouvé d'analogue dans mes recherches.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire annuel,
Cruveilhier.

Séance du 17 octobre 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la France et de l'étranger.

2° Le tome II, du *Catalogue des pièces du musée Dupuytren*, par M. Houel.

3° *La Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris*, par M. Gillette.

Deux brochures de M. Edouard Albert, de Vienne, intitulées :

4° *Beiträge zur Geschichte der Chirurgie.*

5° *Beiträge zur operativen Chirurgie.*

6° Une observation de M. le Dr Juge, de l'île Maurice, intitulée : *Kyste ovarique. — Ponction. — Evacuation du tiers environ du liquide. — Injection iodée avec l'aspirateur Dieulafoy. — Guérison.* (Renvoyée à une commission composée de MM. Gillette, Terrier et Boinet.)

7° Un mémoire sur le *Rétrécissement de l'urèthre*, par le Dr Otis, professeur de clinique des maladies de l'appareil génito-urinaire au collége des médecins et chirurgiens de New-York, etc. (Commissaire M. Tillaux.)

8° La lettre suivante de M. le Dr Fleury, de Clermont-Ferrand, membre correspondant.

Le 20 mars 1877, on conduit à l'Hôtel-Dieu de Clermon, la femme Sarrazin Marguerite, de Peschadoire, âgée de 40 ans.

Il y a 3 semaines, en descendant du haut d'un char chargé de gerbes de blé, elle est tombée à cheval sur une tige de bois, dont j'envoie l'extrémité à la Société de chirurgie.

Le corps étranger a pénétré dans le vagin, dont il a perforé la paroi antérieure à son extrémité postérieure, de là il est entré dans la vessie.

Il est survenu, m'a dit le médecin qui lui a donné ses soins, des accidents très-graves qui ont mis les jours de la malade en danger.

Lorsque l'inflammation a eu diminué, elle s'est fait transporter à Clermont, pour être débarrassée d'une incontinence d'urine qui lui était insupportable, mais sa faiblesse était tellement grande que j'ai dû la soutenir par des toniques avant de m'occuper de la plaie de la vessie.

Elle prétendait que des matières fécales s'écoulaient aussi par le vagin. Cela ne pouvait pas être, il eût fallu que l'espèce de crochet qui se trouvait à l'extrémité du morceau de bois, eût perforé la cloison recto-vaginale.

En explorant le rectum, on ne constatait l'existence d'aucune ouverture, mais en introduisant l'indicateur dans le vagin, on pénétrait dans la vessie par une large déchirure.

Le traitement local a consisté uniquement dans des soins de propreté, des onctions avec du cérat pour calmer les douleurs que provoquait le contact de l'urine, pendant que l'on administrait des toniques à l'intérieur.

Le 3 juin, j'examine la malade au speculum, la plaie est presque entièrement cicatrisée, et le 15 juin, lorsqu'elle quitte l'hôpital, il m'est impossible d'en retrouver des traces.

La malade prétend qu'il existe encore un peu d'incontinence, mais j'ai eu plus tard de ses nouvelles et on m'a dit qu'elle avait complétement disparu et que sa santé était aussi bonne que par le passé.

A propos du procès-verbal.

M. Nicaise. A propos de l'observation signalée par M. Duplay, je rapporterai le fait suivant :

Un homme de 63 ans est entré dans mon service à l'hôpital temporaire en 1876, pour une phlébite de la saphène interne. Il présentait en même temps des contractures des muscles de la face.

En 1869, il tombe sur la tête d'une hauteur de 6 pieds, pas de perte de connaissance, pas de plaie cutanée; il perd du sang par l'oreille gauche et reste 2 mois à la Pitié. Depuis ce moment l'ouïe est complétement perdue du côté gauche.

En 1876, je constate que l'orbiculaire des paupières à gauche est contracturé; le malade ne peut écarter les paupières, la commissure labiale du même côté est relevée, et la partie externe de la lèvre inférieure est abaissée par la contracture du carré du menton.

Dans ce cas, il y eut selon toute probabilité une fracture du rocher avec lésion des nerfs auditif et facial, et paralysie de ces deux nerfs. La contracture ne serait donc pas ici primitive, mais consécutive à la paralysie du nerf facial.

Communications.

M. Desprès annonce à la Société que dans la première séance, il présentera une malade affectée d'une tumeur de l'extrémité inférieure du tibia qui lui paraît un sarcome ossifiant. La tuméfaction existe depuis 10 ans, mais la tumeur a subi un accroissement subit et a maintenant le volume d'une tête d'adulte.

M. Ledentu. La malade à laquelle j'ai pratiqué la désarticulation de la cuisse, a succombé. On ne peut attribuer cet insuccès à la perte de sang, c'est à peine si un verre en a été perdu.

J'attribue la mort à ce qu'on nomme le choc traumatique; deux heures avant la mort la température était de 36°4.

Je n'ai trouvé aucune lésion de viscères, le foie ne pesait que 1,150 à 1,200 grammes, il était par conséquent un peu atrophié. Je compléterai plus tard ma communication, en donnant les détails d'examen histologique.

M. Verneuil. Je voudrais bien qu'avec la rigueur que nous nous efforçons d'apporter à notre langage scientifique on voulût bien

me dire ce qu'on entend par choc traumatique; qu'on assigne à cette entité morbide une étiologie et des limites bien déterminées.

A l'étranger, on abuse un peu de ce mot, à mon sens. La mort survient-elle pendant une opération, c'est un cas de mort par choc traumatique; y a-t-il eu hémorrhagie abondante, y a-t-il eu au contraire simple ponction, si la mort survient rapidement, le malade est mort par choc traumatique. Cette dénomination est si commode que sur 20 cas de mort on trouve cette cause invoquée au moins une fois.

C'est peut-être au sujet de la désarticulation de la hanche qu'on a le plus abusé de ce mot. J'ajouterai qu'il n'est pas accepté par tout le monde, et que certains auteurs, Rozé, de Zurich, par exemple, attribue ces morts rapides à une anémie aiguë, mais on ne peut accepter cette hypothèse dans les cas où il n'y a pas eu de perte de sang. Il faut dire cependant que la quantité de sang perdu n'a pas besoin pour produire une issue funeste d'être très-abondante; il y a un autre facteur, c'est l'état du malade.

J'ai perdu avec tous les caractères du choc traumatique un malade qui avait subi une perte de sang minime, mais qui était dans un état grave. Si on fait une opération à un individu qui a reçu une grande blessure, il perd une palette de sang et il en meurt.

Je serais d'avis que la Société mît à l'ordre du jour cette question du choc traumatique.

M. Desprès. Je me rallie en partie à ce qu'a dit M. Verneuil. Je dirai seulement que des malades peuvent n'avoir pas perdu de sang, à proprement parler, n'avoir pas de plaies, et cependant par suite de délabrements internes, contusions, fractures multiples présentant de vastes extravasations de sang, peuvent, dis-je, être en but à tous les accidents de l'anémie.

M. Ledentu. Je me suis servi de cette expression de choc sans lui donner une grande portée. Je crois que dans les traumatismes étendus le système nerveux peut jouer un rôle : que la perte de sang joue un rôle, je le veux bien, mais il n'est pas exclusif. On voit bien des malades perdre par la blessure d'une moyenne artère beaucoup de sang, et cependant jamais à la suite d'un léger traumatisme on ne voit survenir les accidents du choc.

La malade en question n'a pas perdu 200 grammes de sang, mais elle est tombée dans un état de dépression très-marquée : alors qu'elle avait cessé de prendre du chloroforme, la malade revint à elle, et trouvant le nerf sciatique un peu long j'en réséquai 1 centigramme 1/2 sans qu'aucune douleur parût être perçue, et le réveil semblait complet. Dans pareille occurrence il m'est difficile de ne pas mettre en cause le système nerveux.

C'est cette action des traumatismes sur le système nerveux qui fait que l'on n'opère pas lorsque la dépression est grande, et que cette dépression qui manque souvent après une grande hémorrhagie, s'observe souvent dans les lésions graves sans hémorrhagies.

M. Desprès. Je répondrai à M. Ledentu que les grandes hémorrhagies ne sont pas toujours graves, parce que la syncope les suspend; quant à l'action du chloroforme elle peut être nuisible en ce sens qu'elle arrête l'hématopoièse.

M. Verneuil. Je n'ai jamais eu l'intention de nier l'influence des traumatismes sur le système nerveux; je le voulais d'autant moins que dans une thèse sur les phénomènes à distance que j'ai inspirée, j'ai tenu grand compte des phénomènes d'ordre réflexe. Un de mes élèves et ami, M. Richelot, dans une étude sur le tétanos, a traité avec développement ces retentissements du traumatisme sur le système nerveux.

Mais je ne voudrais pas de confusion, je voudrais qu'on donnât un nom différent à chacun de ces grands genres, et qu'en opposition des actions, excitations, on notât les actions dépressives; qu'aux phénomènes spasmodiques tétaniques, etc., on opposât le ralentissement du pouls, de la respiration; qu'enfin, on ne donnât pas le nom de choc à ces actions si diverses sur le système nerveux.

Je ne blâme pas l'interprétation raisonnable du mot choc, mais c'est l'abus que l'on fait d'un mot commode qui voile souvent l'ignorance de celui qui l'emploie.

Les causes de la mort ne sont pas toujours connues, on meurt d'anémie aiguë, de septicémie, de diverses causes encore à la suite de la désarticulation de la hanche. Sur 100 opérés 46 sont morts dans les 24 premières heures ; dans la première heure il y a une mortalité de 16 0/0. L'étude des causes de cette énorme mortalité est très-intéressante à faire ; il serait fâcheux de mettre de la confusion en disant pour tous les cas : choc traumatique.

La Société se forme en comité secret à 4 heures et demie.

Le secrétaire,
Cruveilhier.

Séance du 24 octobre 1877.

Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Gazette hebdomadaire; Gazette médicale de Paris; Mouvement médical; Gazette des hôpitaux; France médicale; Progrès médical; Union médicale; Tribune médicale; Abeille médicale; Journal des sages-femmes; Gazette médicale de Bordeaux; Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne; Montpellier médical; Revue médicale de l'Est; Lyon médical; Bordeaux médical; la Province médicale.*

Gazetta Lombardia; Centralblatt für Chirurgie.

2° Une brochure intitulée *Studi de Anatomia patologica et clinica sulle malattie delle ossa*, par Émidio Tassi.

3° *La Rétine de l'œil*, par Ad. Hannover.

M. Verneuil présente, au nom de l'auteur, un mémoire manuscrit, intitulé : *Rappel de diathèses par le traumatisme*, par le Dr Vedren.

M. Giraud-Teulon offre à la Société la 2e édition de son livre sur l'œil.

Communications.

M. VERNEUIL fait une communication sur la pathogénie du *genu valgum*. Il rappelle les trois théories qui ont cours dans la science et que l'on peut désigner sous les noms de théories *ligamenteuse*, *musculaire* et *osseuse*. Les deux premières ne supportent pas la critique : la théorie osseuse en est seule capable, soit que l'on admette l'hypertrophie du condyle interne ou l'atrophie du condyle externe du fémur. M. Verneuil pense que si, dans quelques cas, l'hypertrophie du condyle interne est incontestable, dans d'autres, elle n'existe pas. Quant à l'origine de l'hypertrophie ou de l'atrophie, on en trouve l'explication dans un développement inégal du cartilage de conjugaison du fémur. Si ce cartilage se développe davantage en dedans ou en dehors, il y aura hypertrophie ou atrophie du condyle interne du fémur. Des expériences de M. Ollier ont rendu ce fait évident, car on sait qu'en irritant telle ou telle partie du cartilage épiphy-

saire, on a pu produire un allongement du fémur dans une direction déterminée.

M. Verneuil a eu l'occasion d'observer deux faits qui confirment cette théorie en lui donnant une plus grande extension. D'abord c'est une erreur de dire que le genu valgum est indolent : il peut être douloureux à une époque rapprochée du début. Chez une jeune fille de 17 ans, atteinte du genu valgum, la marche était douloureuse. En palpant le genou, on ne déterminait aucune douleur au niveau de la rotule et du fémur, mais la pression sur le tibia provoquait une douleur vive juste au niveau du cartilage épiphysaire. Par le repos, les douleurs disparurent, mais ne tardèrent pas à reparaître avec une nouvelle intensité lorsque la malade se mit à marcher. Ces douleurs devinrent même si vives qu'on dut appliquer des sangsues et un vésicatoire. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs cessèrent complétement, la malade conservant son genu valgum. Dans ce cas, la théorie qui rapporte l'origine du genu valgum à l'hypertrophie du condyle interne du fémur est inacceptable, et on doit admettre que le tibia seul est en cause : l'hypertrophie du condyle interne du tibia produisant la même déviation que l'hypertrophie du condyle interne du fémur.

Voici un second fait analogue au précédent :

Un jeune homme de 16 ans entre dans le service de M. Verneuil avec un genu valgum datant de trois mois : chez ce malade on constate la même douleur au niveau du cartilage épiphysaire du tibia.

Ces deux faits, dit en terminant M. Verneuil, permettent d'établir deux variétés de genu valgum d'origine osseuse : dans l'une, la déviation serait due à l'hypertrophie du condyle interne du fémur, et dans l'autre à l'hypertrophie du condyle interne du tibia.

M. Houel. J'ai observé un grand nombre d'enfants ayant une hypertrophie douloureuse du tibia, surtout au niveau du cartilage inter-articulaire. Je citerai en particulier le fait suivant chez un enfant de 3 ou 4 ans qui éprouvait de la difficulté à marcher et présentait un commencement de déviation du genou, on ne déterminait aucune douleur en palpant l'articulation. Mais la pression provoquait une douleur vive, non seulement au niveau de la ligne épiphysaire supérieure, mais encore au niveau de l'interligne épiphysaire inférieure.

M. Tillaux. Je partage l'avis de M. Verneuil relativement à la pathogénie du genu valgum, et les résultats thérapeutiques obtenus par le redressement forcé fournissent un argument de plus en faveur de la théorie de l'hypertrophie du condyle interne du fémur ou du tibia. Dans cette opération, on arrache l'épiphyse et on rétablit le niveau des surfaces articulaires.

M. Delens. La résection est fréquemment employée par les chirurgiens anglais dans le traitement du genu valgum; dans un cas, l'autopsie a montré que la lésion consiste dans une sorte de boursouflement du condyle interne du fémur, et non dans une hypertrophie totale de ce condyle.

M. Guéniot. Je rappellerai que j'ai eu l'occasion de faire l'autopsie d'une petite fille atteinte de genu valgum, et que j'ai constaté une malformation du condyle interne qui dépassait le niveau du condyle externe.

Élection du secrétaire général.

M. de Saint-Germain, ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu secrétaire général.

Élection d'un membre titulaire.

Sur 25 votants, M. Farabeuf obtient 23 voix ; M. Pozzi, 1, M. Berger, 1. M. Farabeuf, ayant obtenu la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire.

Communications.

M. Desprès communique l'observation suivante :

Anévrysme faux consécutif du premier espace interosseux de la main gauche. — Opération par la méthode ancienne. — Guérison.

Le nommé Flouron (Amédée), 56 ans, commissionnaire en chevaux, entre à l'hôpital Cochin, le 11 septembre 1877, baraque 3, n° 6.

Il y a environ trois mois et demi, Flouron, en réparant une porte vitrée, reçut sur le dos de la main gauche un fragment de carreau de vitre aigu détaché de cette porte, et ce morceau de verre lui fit, au niveau de la partie supérieure du premier espace interosseux une plaie profonde, mais peu étendue, d'un centimètre à deux de longueur et d'une direction transversale. Par cette blessure, le sang a immédiatement jailli, en assez grande abondance, il était très-rouge et sortait sous la forme d'un jet saccadé et intermittent, présentant tous les caractères du sang d'origine artérielle. Le malade parvint à arrêter lui-même l'hémorrhagie par l'application de toiles d'araignées, et surtout par la compression, et sa petite coupure fut parfaitement guérie en deux ou trois jours.

Une quinzaine de jours après cet accident parut, au niveau de la cicatrice, une petite tumeur superficielle, qui la souleva, et qui, grossis_

sant d'une manière à peu près continue, eût bientôt atteint dans l'espace d'un mois le volume d'une châtaigne.

Le développement de cette tumeur avait été à peu près indolent, elle gênait seulement un peu le malade par sa présence même, et lorsque la main était fatiguée occasionnait des fourmillements et des picotements aux extrémités des doigts. Le malade croyant avoir affaire à un abcès, y entretenait à peu près constamment des cataplasmes et des pommades de toute sorte dont l'effet a été, naturellement, absolument nul.

Le développement de cette grosseur continuant toujours et la tumeur ayant atteint le volume d'un œuf. de pigeon, le malade consulta son médecin ordinaire, à Cussy (Bourgogne), et celui-ci reconnaissant la nature du mal lui conseilla de venir prendre l'avis des chirurgiens de Paris et l'envoya à l'hôpital Cochin (8 septembre 1877).

A son entrée dans le service, 11 septembre 1877, il présente les caractères suivants : Flouron est un homme grand, fort, vigoureusement constitué, offrant toutes les apparences de la plus solide santé ; n'ayant par lui-même ou par ses ascendants aucun antécédent morbide diathésique ; il n'a, dit-il, jamais été malade.

Il présente sur le dos de la main gauche, au niveau de la partie supérieure du premier espace interosseux, une tumeur régulièrement arrondie, hémisphérique, et se continuant avec les parties profondes au niveau de sa plus grande largeur. La peau est mobile à son niveau, peu adhérente, sans changement de couleur, présentant seulement la cicatrice de la coupure et quelques légères varicosités. La tumeur est immobile sur les parties profondes, et semble adhérer aux deux os qui limitent le premier espace : elle est rénitente, élastique, manifestement liquide, et en partie réductible sous l'influence d'une pression douce et méthodique. Elle est, de plus, animée de battements, de pulsations isochrones avec les pulsations artérielles, et qui correspondent, à la palpation, à un véritable mouvement d'expansion de toute la tumeur qui semble s'élargir sous les doigts.

L'auscultation pratiquée à plusieurs reprises permet d'entendre des battements qui ne sont pas très-nettement frappés. La tête est soulevée par le mouvement d'expansion de la tumeur, mais il n'a jamais été possible de percevoir de bruit de souffle.

Tous ces caractères réunis permirent à M. Desprès de porter le diagnostic de tumeur anévrysmale consécutive à une plaie artérielle. Restait à savoir sur quelle artère il fallait la localiser. La situation de la tumeur, au point même où la radiale passe de la face dorsale à la face palmaire, la disparition à peu près complète des battements dans la tumeur, par la compression de l'artère radiale au niveau du poignet, amenèrent le chirurgien à penser que c'était un anévrysme de cette artère ou d'une de ses branches principales au voisinage du tronc. La compression de l'artère ne produisant pas une diminution notable du volume de la tumeur, M. Desprès se résolut à intervenir d'emblée par la méthode ancienne.

Le mardi 18 *septembre.* — Après avoir endormi le malade avec le

chloroforme, ce qui fut long et difficile, le chirurgien pratique une incision de $0^m,08$ de la peau au niveau de la tumeur, dirigée suivant l'axe de l'espace interosseux et dépassant en haut et en bas les limites de l'anévrysme. Il fait une dissection lente et attentive des deux lambeaux et isole ainsi la tumeur arrondie, du volume d'un gros œuf de pigeon, et reposant directement sur les deux os qui limitent l'espace.

Après avoir appliqué la bande d'Esmarch un instant, M. Desprès renonce à son emploi à cause de la congestion de la main, l'humérale au pli du coude est tenue par un aide qui s'apprête à comprimer.

On trouve à la partie supérieure une artère rampant sur le sac et qui semble communiquer avec lui : c'est l'interosseuse dorsale du premier espace. Bientôt on découvre à la partie inférieure sur les parties externe et interne deux artères qui semblent naître du sac et qui sont la collatérale interne du pouce et la collatérale externe de l'index. Enfin, tout à fait au voisinage de la collatérale du pouce, une petite artériole qui va se perdre dans la peau et dont la communication avec la poche semble à peu près certaine : toutes ces artères sont successivement liées et sectionnées entre deux ligatures. Comme ces ligatures n'avaient pas complétement éteint les battements, le chirurgien continue la dissection lente et minutieuse, la poursuivant jusqu'au milieu des tissus fibreux qui recouvrent le carpe, et tout à fait au voisinage des articulations carpo-métacarpienne, sans pouvoir découvrir le tronc artériel, afférent principal.

Alors M. Desprès, après avoir assuré la compression artérielle au niveau du bras à l'aide de la bande d'Esmarch, ouvre largement le sac et en excise toute la paroi supérieure. La tumeur contenait outre du sang liquide et coagulé une assez grande quantité de caillots actifs occupant toute la moitié superficielle de la paroi, tandis que la partie profonde, celle qui est la plus voisine de la face palmaire est absolument lisse et relativement mince. Les caillots et le sang enlevés, il est impossible à cause de l'hémostase trop absolue pratiquée par la bande élastique de voir d'où provient le sang. La bande d'Esmarch est enlevée et les aides font la compression digitale. Il est alors facile, sitôt que l'on suspend un peu la compression, de voir arriver le sang par un orifice relativement volumineux situé au niveau de la paroi lisse; c'est le bout supérieur de la radiale. Enfin, on trouve encore, et tout au voisinage de la première, une seconde branche afférente qui est probablement l'un des rameaux carpiens de la radiale qui s'anastomosent avec l'arcade palmaire profonde. Ces deux artères sont alors liées comme les premières, et à leur union avec le sac, à l'aide de l'aiguille de Deschamps. L'hémostase est alors complète; on suspend la compression et il ne s'écoule plus une goutte de sang : aussi après avoir excisé presque toute la poche, sauf une petite portion adhérente aux parties profondes, la plaie est pansée comme les plaies contuses de la main, c'est-à-dire, par occlusion avec des bandelettes de diachylon, sans la moindre tentative de réunion immédiate. Par dessus charpie et compresses mouillées, et application constante de compresses froides pendant toute la journée. L'opération a duré près d'une heure,

comprise l'application du chloroforme qui a bien duré 15 minutes et compris le pansement.

Le soir le malade va bien, il n'a pas de fièvre, 37°,7, et la douleur s'est peu à peu calmée sans être encore complétement éteinte.

Mercredi 19 *septembre*. — Le malade va bien, pas de fièvre, pas de douleur proprement dite, mais sensation de chaleur à la main et à l'avant-bras. Nuit tranquille, mais peu de sommeil, 36,4 le matin, 38 le soir.

Jeudi 20. — Même état, pas de fièvre, 37 le matin, 36,6 le soir.

Vendredi 21. — Même état général satisfaisant, pas de douleur, sensation de chaleur continuelle, picotements aux extrémités digitales. Le pansement est toujours en place, et les compresses mouillées sont toujours maintenues; 36,6 le matin, 37,4 le soir.

Samedi 22. — Les compresses mouillées sont supprimées, mais on ne touche pas au pansement; 37 le matin, 37,4 le soir.

Même état les jours suivants. La suppuration commence à traverser les pièces de pansements. Les douleurs digitales ont cessé depuis qu'on ne mouille plus. La température est normale.

Mardi 25. — Les linges, bandes et compresses qui recouvreut le pansement sont changés, mais on ne touche pas aux bandelettes de diachylon. État général excellent.

Mercredi 26. — Même état. — Le malade mange avec appétit et les nuits sont très-bonnes. La douleur de l'avant-bras a complétement disparu.

Dixième jour.

Samedi 29. — Le malade se lève pour la première fois. Le bras est mis en écharpe, mais le pansement est toujours intact.

Dimanche 30. — Le malade sort pour la première fois. Il se plaint que son pansement commence à sentir très-mauvais.

Mardi 2 *octobre*. — La suppuration devient très-abondante, et tous les jours il faut changer les pièces de pansement qui recouvrent les bandelettes.

Mercredi 3. — La suppuration est toujours très-abondante, le malade ressent des picotements au niveau de la plaie. La main est un peu engourdie. Il remue facilement tous les doigts, même le pouce.

Jeudi 4. — 17e jour. Premier pansement complet.

Les bandelettes sont enlevées et on trouve cinq ligatures tombées sur six. La seule qui tienne encore est celle de la petite branche anastomosée avec la collatérale du pouce.

La suppuration a détruit la plus grande partie de la paroi anévrysmale qui avait été laissée dans la plaie, et le petit lambeau qui reste encore est entrain de se détacher.

La plaie bourgeonne dans toute son étendue, est déjà notablement rétrécie et est en pleine cicatrisation; pansement à plat, linge cératé et charpie.

Vendredi 5. — Même pansement. La dernière ligature est tombée.

Samedi 6. — Toutes les parties à éliminer sont parties, la cicatrisation marche rapidement, il ne reste plus qu'une plaie presque linéaire. Même pansement.

Le pansement à plat est continué et renouvelé chaque jour, et la cicatrisation est complète le mardi 23. Tous les mouvements commencent à revenir. La sensibilité est conservée partout, même sur le pouce malgré la section d'un petit filet nerveux destiné à la peau de ce doigt.

Le malade sort complétement guéri le mercredi 24 octobre.

(Observation recueillie par M. Boursier, interne du service.)

Cette observation me permet de prouver une fois de plus que l'opération des anévrysmes par la méthode ancienne est d'une excellente application dans la main, elle donne un résultat sûr.

Je n'ai pas employé la bande d'Esmarch, parce que je crois qu'il est nécessaire de voir de temps en temps d'où vient le sang et de voir si les ligatures que l'on a posées arrêtent suffisamment le cours du sang.

Discussion.

M. Nicaise. M. Després a dit que la bande d'Esmarch avait déterminé une congestion de la main. Je ne m'explique ce fait qu'en supposant une application imparfaite de la bande qui comprimait les veines et non les artères : la bande d'Esmarch, bien appliquée, produit une anémie complète, et peut rendre les plus grands services dans la recherche des deux bouts d'une artère divisée.

M. Trélat. Je partage l'étonnement de M. Nicaise, et je pense que la bande d'Esmarch a été insuffisamment appliquée. Quoique peu partisan de ce procédé d'hémostase dans les amputations, je le considère comme très-utile pour les opérations de recherches.

Dans un cas analogue à celui de M. Després, les tentatives de compression qui avaient été faites avaient amené la formation de caillots fibrineux dans l'intérieur du sac, et lors de l'ouverture de ce dernier, il fallut enlever complétement ces caillots pour découvrir les ouvertures artérielles.

M. Després. Je suis d'avis que la ligature, par la méthode ancienne, c'est-à-dire après l'ouverture du sac, est la meilleure méthode de traitement des anévrysmes de la paume de la main. Les tentatives de compression sont plus nuisibles qu'utiles et je ne connais aucun cas de guérison par la compresion digitale seule.

M. Trélat. Il ne faudrait pas rejeter la compression comme méthode de traitement de ces anévrysmes. Je pourrais citer un cas observé par M. Verneuil et par moi, et dans lequel un anévrysme de la paume de la main fut complétement guéri par la compression directe exercée par le malade lui-même. Il existe un autre cas, de Roux, relatif à un anévrysme d'une artère de l'avant-bras également guéri par la compression.

M. Marjolin. Je rappellerai que j'ai traité avec succès, par la compression, un anévrysme de la paume de la main.

M. Polaillon. Dans un article du *Dictionnaire des sciences médicales*, j'ai rassemblé un certain nombre de faits de guérison, par compression, d'anévrysmes de la paume de la main ; sur 16 cas où la compression directe ou à distance a été appliquée, il y a eu 12 succès.

M. Lannelongue. J'ai eu l'occasion de soigner deux anévrysmes traumatiques de la main. Dans le premier cas, il s'agissait d'un anévrysme profond ; la compression digitale des deux artères radiale et cubitale amena la guérison en une séance de vingt-quatre heures. Dans le second cas, se rapportant à un anévrysme superficiel près de se rompre, l'ouverture du sac et la ligature furent suivies d'une guérison complète. Il y a donc lieu de distinguer parmi les anévrysmes de la main ceux que l'on peut guérir par la compression et ceux qui doivent être traités par la ligature.

M. Tillaux. Je me range à l'avis de M. Lannelongue, et je pense qu'un traitement différent doit être employé suivant que l'anévrysme atteint l'arcade palmaire superficielle ou l'arcade palmaire profonde. Dans le premier cas, l'ouverture du sac et la ligature doivent être employées de suite, dans le deuxième cas, au contraire, cette opération constitue une ressource extrême à laquelle on ne devra recourir que lorsque les autres moyens, et en particulier la compression, auront échoué.

M. Desprès. Je ne suis pas certain que dans les cas de MM. Trélat et Lannelongue, il s'agissait d'anévrysmes de l'arcade palmaire profonde.

M. Blum présente un malade auquel il a pratiqué l'élongation du nerf radial, et lit une observation relative à ce fait (renvoyé à la commission déjà nommée). MM. Delens, Périer, Duplay, rapporteurs.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire,

Cruveilhier.

Séance du 31 octobre 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine :

La Revue médicale de Toulouse; la Gazette médicale de Bordeaux; le Marseille médical; la Revue médicale de Toulouse; le Lyon médical; le Bordeaux médical; la Gazetta medica italiana lombardia ; el Anfiteatro anatómico español; British medical journal; Pacific medical and surgical journal ;

2° Une *Note sur l'extraction de l'astragale dans la carie limitée à cet os;*

3° *Étude sur les fibromes aponévrotiques intra-pariétaux en particulier dans la région cervico-dorsale*, par le Dr Guyon;

4° *La Revue mensuelle de médecine et de chirurgie ;*

5° Une thèse de M. Jean Cusset, intitulée : *Étude sur l'appareil branchial des vertébrés*, pour le prix Duval ;

6° Un travail pour le concours du prix Laborie 1877, intitulé : *De la gastrotomie*, avec cette épigraphe : *Il faut manger pour vivre* (Molua) ;

7° Une lettre de remerciements de M. le Dr Farabeuf;

8° *Compas de l'incision scléro-cornéenne dans l'opération de la cataracte par extraction*, par M. le Dr Hendrez;

9° Un mémoire manuscrit de M. Vedren de Saint-Mandé, intitulé : *Anosmie ou perte de l'odorat et diminution de l'acuité visuelle par suite d'un coup de feu à la région frontale.*

Rapporteur : M. Tillaux.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Desprès. Je ferai remarquer, au sujet de l'emploi de la compression dans les plaies artérielles de la paume de la main, qu'il faut établir des distinctions entre les diverses variétés de compression : à distance, immédiate, digitale. Quant au chiffre de 12 succès sur 16 faits, je ne le crois pas exact, parce que dans un certain nombre de cas on a fait autre chose que la compression, la ligature, par exemple, et ces cas doivent être mis au

passif de la compression. Je voudrais enfin savoir combien de temps a duré la guérison.

M. Polaillon. Ma statistique ne traitait pas seulement des cas soumis à la compression digitale. J'ai relaté 16 observations où on a appliqué la compression, soit directe, soit indirecte : il y a eu 12 fois guérison ; dans les 4 autres cas on a fait la ligature.

Combien de temps a duré la compression ; il n'y a pas de règle, de 24 heures à quelques jours, à plusieurs semaines ; un appareil compressif a même été appliqué plusieurs mois.

M. Desprès. Les observations me paraissent incomplètes ; je ne vois pas signalé en effet l'état local au début du traitement, la durée de ce traitement, et enfin s'il y a eu des récidives.

Rapports.

Rapport de M. Polaillon sur une observation de M. Porak, interne des hôpitaux, intitulée :

Syphilis osseuse héréditaire. — Fractures spontanées multiples. — Pseudoparalysies des membres supérieurs liées à ces fractures.

Messieurs, j'ai accepté d'autant plus volontiers la mission de vous faire un rapport sur l'observation de M. Porak que le fait a été observé dans mon service de la Maternité-Annexe (hôpital Cochin), et qu'il me paraît fort important.

Voici d'abord l'observation telle qu'elle nous a été présentée par M. Porak, dans la séance du 20 juin dernier :

Curmin, Adrienne, âgée de 21 ans, robuste, habituellement d'une bonne santé, ordinairement bien réglée, est venue accoucher le 9 juin 1877, dans le service de M. Polaillon, à la Maternité-Annexe (hôpital Cochin).

Elle n'a jamais eu de maladies sérieuses ; elle présente cependant diverses manifestations hystériques : crises, douleurs mobiles, crachements de sang compatibles avec un excellent état général.

La dernière époque menstruelle remonte au commencement d'octobre, et ce mois-là même ses règles furent abondantes; elle dit qu'elle eut alors une *perte*.

La grossesse suivit son cours normal. Au deuxième mois, des boutons se développent sur les organes génitaux, aussi nombreux, et de mêmes caractères que ceux dont elle se plaint actuellement. Aucun autre symptôme faisant soupçonner la syphilis : pas de céphalalgie, pas d'éruption cutanée, pas d'alopécie, pas d'adénopathie, etc. Elle ne donne aucun renseignement ni sur les nombreux traitements qu'elle suivit, ni sur la contagion.

A son entrée à l'hôpital, on constate sur les grande lèvres des *syphilides papulo-érosives hypertrophiques*. Une de ces grosses plaques existe dans le pli génito-crural droit, au milieu de très-nombreuses et de très-petites végétations. Plaque opaline de l'amygdale droit. Pas d'éruption cutanée, pas d'adénopathie, aucun autre signe de syphilis.

Lorsque la femme a été reçue à l'hôpital, elle était en travail, l'enfant se présentait par le siége en S. I. G. A. Mademoiselle Pépin, sage-femme de garde, fit l'accouchement et n'eut aucune peine à favoriser l'issue du bras. Elle ne perçut aucun craquement qui pût lui faire supposer la production d'une fracture. D'ailleurs, Mademoiselle Pépin n'employa aucune force pour amener le bras à la vulve.

Dès le lendemain, M. Polaillon fut frappé de l'impotence du bras gauche de l'enfant, et reconnut l'existence d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus de ce côté. Le bras droit semblait être aussi paralysé. Si l'on écartait l'un ou l'autre des deux membres supérieurs, l'enfant ne pouvait pas les rapprocher du tronc; cependant on ne constatait aucune fracture du côté droit. Lorsqu'on examinait longtemps les membres placés dans cette situation, on finissait par constater quelques mouvements des doigts; ces mouvements étaient d'ailleurs moins marqués à gauche qu'à droite. Il y avait aussi une certaine paresse des membres inférieurs.

Un examen attentif du squelette permettait de reconnaître un épaississement des extrémités osseuses aux articulations du coude, surtout à gauche. Le fémur gauche paraît plus épais que le fémur droit; la tubérosité interne du tibia droit fait une saillie comparable à une exostose.

Œdème du bras et de la main gauche.

Pas d'éruption cutanée, pas de coryza, aucune érosion de la bouche ou des lèvres, aucun signe de syphilis.

Lorsqu'on exerce une pression même faible sur quelque os que ce soit, on fait immédiatement crier l'enfant. La douleur paraît d'ailleurs beaucoup plus vive à la pression des bras et du foie.

En conséquence, le diagnostic n'était pas douteux et il fut ainsi formulé : *Syphilis osseuse héréditaire; pseudo-paralysie des membres supérieurs, certainement liée à droite à une fracture de l'humérus et probablement à gauche à une lésion de même nature.*

10 *juin.* — L'œdème du bras diminue, il est complétement disparu le lendemain. On applique un appareil inamovible sur le bras droit. Les mouvements sont un peu plus nets à gauche, et aux membres inférieurs.

11 *juin.* — Ictère très-prononcé avec coloration des conjonctives et coloration intense de l'urine qui donne, sous l'action de l'acide nitrique, la réaction intense qui caractérise la présence de la matière colorante de la bile.

La mère est très-négligente dans les soins de son enfant; elle ne l'allaite que très-irrégulièrement.

12 *juin.* — Diarrhée verte.

Les jours suivants, l'ictère est plus marqué et la diarrhée plus abondante.

Le 15 *et le* 16. — On ne peut pas lui faire prendre de nourriture. Vomissements noirâtres, comme mêlés à du sang.

17 *juin*, 8 *h. m.* — Mort.

Autopsie pratiquée à 11 heures, le même jour, c'est-à-dire trois heurs après la mort.

Cerveau. — Sain.

Poumons. — Sugillations ecchymotiques du bord postérieur. Emphysème et surtout œdème très-prononcé. Par-ci, par-là et sutout au sommet du poumon gauche, petits infarctus hémorrhagiques du volume d'un pois, nettement reconnaissables à leur forme pyramidale et à leur position superficielle.

Cœur. — Sur la partie postérieure du ventricule droit, petite collection sanguine, irrégulière, soulevant le péricarde. Les gros vaisseaux de la base du cœur sont jaunes, ictériques.

Foie. — Très-volumineux, verdâtre, aussi coloré à la superficie que sur la coupe; évidemment malade. On ne constate rien de notable sur le trajet des vaisseaux au niveau du hile.

Rate. — Saine.

Intestins. — Rien d'anormal à l'examen de leur surface externe.

Péritoine. — Sain.

Capsules surrénales. — Jaunes.

Reins. — Sains, jaunes.

Os. — Ce sont surtout eux qui sont altérés. C'est leur lésion qui fixe tout l'intérêt de cette présentation.

Crâne. — Chevauchement des os, tel qu'on l'observe dans l'athrepsie. Collection sanguine au niveau de la fontanelle postérieure, s'étendant surtout du côté de l'angle postéro-supérieur du pariétal droit. Coloration ictérique de la dure-mère. Pas d'exostoses péri-brigmatiques.

Humérus gauche. — Fracture de l'extrémité supérieure; le fragment supérieur forme avec le fragment inférieur un angle droit, et la tête regarde en arrière. Cette disposition a probablement été exagérée par l'application de l'appareil inamovible et le maintien du bras contre le tronc. Le fragment supérieur a chevauché sur le fragment inférieur. Il n'y a pas trace de travail réparateur. Le périoste est seulement très-épaissi, formant dans l'angle inférieure une masse dure que j'avais pris tout d'abord pour une esquille détachée.

Humérus droit. — Fracture à peu près au même niveau que la précédente. Le périoste est intact et on s'explique comment il a pu maintenir en contact les deux fragments osseux et comment la fracture a pu passer inaperçue.

La fracture s'est produite à 11 millimètres du cartilage à gauche, et à 9 millimètres à droite.

Os de l'avant-bras. — Déformation notable du cubitus gauche à son extrémité inférieure.

Fémurs. — Ils sont de longueur inégale, à droite, ils ont 92 millimètres, à gauche 87. Leur épaisseur est aussi différente; la circonférence de la diaphyse mesure en son milieu, à droite, 12 millimètres, à

gauche 14 ; l'extrémité inférieure à droite 79, à gauche 73; l'extrémité supérieure à droite 52, à gauche 62,5. Les deux extrémités supérieures ne sont pas semblables. L'extrémité gauche est très-déformée, comme s'il y avait un cal en cet endroit. Il n'en est cependant rien; et sur une coupe nous avons pu voir, à 5 ou 6 millimètres du cartilage, une ligne de brisure transversale, que M. Parrot nous a fait remarquer; il n'y a d'ailleurs pas de déplacement osseux. A droite, on constate aussi à l'extrémité supérieure, à 11 millimètres du cartilage, une brisure tout à fait semblable.

Tibias de longueur sensiblement égale. — L'extrémiié supérieure mesure à droite 70 millimètres de circonférence, à gauche 62,5.

Dans les réflexions qui accompagnent cette observation M. Porak nous apprend qu'il a montré les os malades à M. Parrot auquel nous devons des travaux si remarquables sur les altérations du système nerveux chez les nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire. (Archive de physiologie, années 1871-1872 et 1876.) M. Parrot n'a pas hésité à rattacher à la syphilis les lésions osseuses qu'on lui présentait. D'après les nombreuses autopsies qu'il a faites à l'hôpital des enfants assistés, il déclare n'avoir jamais rencontré chez les nouveau-nés non syphilitiques des lésions semblables et il affirme, au contraire, que chez les sujets syphilitiques il existe constamment des lésions osseuses, à des degrés qui peuvent déterminer, comme conséquence ultime, un décollement des épiphyses ou une brisure à l'extrémité de la diaphyse des os longs.

Dans le cas particulier qui nous occupe, les os présentaient au plus haut degré la lésion décrite par M. Parrot, et que M. Porak résume ainsi : « formation en dehors de la diaphyse sur certaines régions, et en particulier sur la région moyenne, d'une nouvelle couche de nature ostéophytique, recouvrant l'os comme d'un manchon. Aux extrémités et à une distance variable du cartilage, le tissu spongieux présente une lésion caractérisée par l'existence de porosités irrégulières dues à la production d'un tissu gélatiniforme dont l'infiltration à travers ces porosités raréfie l'os. La limite de cette altération est marquée par une zone transversale de quelques millimètres de haut, au niveau de laquelle le tissu spongieux est condensé et a parfois une teinte maïs. Le cartilage n'est pas altéré. C'est au niveau de ce tissu raréfié, compris entre la zone transversale d'os condensé et le cartilage, que se produit la fracture. Elle a lieu par la formation de ce tissu gélatiniforme dont le développement progressif finit par occasionner la discontinuité de l'os. » Jamais, d'après M. Parrot, ces fractures n'ont lieu au niveau même du cartilage épiphysaire.

Mais ne pourrait-on pas mettre en doute que les altérations

osseuses précédentes soient réellement syphilitiques? Il est certain qu'avant les travaux de M. Parrot on les aurait considérées plutôt comme rachitiques, car rien n'indiquait que l'enfant de la femme Curmin fût sous l'influence de la syphilis. Depuis les travaux de M. Parrot la confusion n'est plus permise. « Le rachitisme confirmé, dit-il, le rachitisme visible à l'œil nu, et tel qu'il est décrit par les observateurs les plus compétents, a trois marques : l'une est primordiale et pathognomonique, c'est le tissu spongoïde ; les deux autres, secondaires, et pouvant exister dans d'autres affections des os, sont la médullisation et la décalcification. Les os syphilitiques avec leurs ostéophytes compactes, leur couche chondro-calcaire, et leur atrophie gélatiniforme, sont comme l'antipode de ceux atteints de rachitisme (Parrot, Lésions osseuses de la syphilis héréditaire et le rachitis, in *Archives de physiologie*, p. 138, 1876). » C'est seulement dans les derniers degrés de l'altération syphilitique que la prolifération du tissu médullaire et la décalcification peuvent rapprocher les deux maladies. Mais la multiplicité des fractures, leur siége spécial, l'absence de tout travail réparateur donnent aux os syphilitiques, des caractères particuliers. En outre, si le germe du rachitisme peut exister chez le nouveau-né, les lésions osseuses qui le caractérisent à l'œil nu n'ont jamais été reconnues sur des enfants de cet âge. Toutes ces raisons, ainsi que l'existence de la syphilis chez la mère, nous portent à admettre, avec MM. Parrot et Porak, que nous avons eu affaire à une altération véritablement syphilitique.

Bien que les lésions osseuses soient constantes chez les nouveau-nés syphilitiques, il est rare que ces lésions soient portées assez loin pour qu'il se produise des fractures. Notre collègue M. Guéniot en a publié un cas, en 1869, dans la *Gazette des hôpitaux* (n° du 9 février). M. Parrot en a fait connaître deux autres exemples, l'un est dû à Valleix et l'autre lui est propre. (*Archives de physiologie*, p. 320 et 328 ; tome IV, 1871-1872.) Le cas observé à la Maternité de Cochin serait, jusqu'à présent, le quatrième.

La fracture peut facilement se produire au moment de l'accouchement, lorsque les membres du fœtus subissent des compressions inévitables en traversant les organes génitaux. Cependant, dans notre cas, il n'en a pas été ainsi. L'épaississement considérable du périoste autour du foyer de la fracture indique qu'il y a eu là un travail inflammatoire bien plus ancien que la date de la naissance. Ces espèces de fractures, préparées par la fragilité excessive des os au voisinage de leurs extrémités, semblent se produire surtout pendant la vie intra-utérine, soit spontanément, soit sous l'influence des mouvements des membres ou d'un choc extérieur.

Enfin, Messieurs, l'observation précédente présente une impor-

tance considérable au point de vue de la médecine légale. L'enfant Curmin était venu au monde par le siége et il portait une fracture de l'humérus gauche. En constatant cette lésion chez un nouveau-né pesant 3,000 grammes et qui paraissait bien portant, ma première pensée fut d'attribuer la fracture au dégagement artificiel du bras. Vous savez, en effet, que pendant l'accouchement par le siége, une main maladroite peut facilement casser l'humérus en voulant abaisser les bras qui se relèvent souvent sur les côtés de la tête, et que des procès ont été intentés à la sage-femme ou à l'accoucheur qui n'avait pas su éviter ce malheur. J'appris bientôt que, dans notre cas, l'accouchement s'était terminé spontanément et sans qu'il fût nécessaire de dégager les bras. Ce n'était donc pas une manœuvre obstétricale qui avait produit la fracture. Un examen plus approfonndi et plus tard l'autopsie démontrèrent que la véritable cause était la syphilis. Or, en pareille occurrence, il faut que le médecin légiste sache qu'un fœtus peut venir au monde avec des fractures qu'on ne saurait attribuer à l'inhabilité du praticien, et qu'avant d'accuser l'homme de l'art, il faut rechercher la syphilis chez le nouveau-né et ses parents. Si le nouveau-né est affecté de la syphilis héréditaire, l'accoucheur ne saurait être rendu responsable de la fracture.

Rapport de M. Boinet.

M. le docteur Juge, de l'île Maurice, vous a adressé une observation intitulée :

Kyste ovarique. — Ponction. — Évacuation du tiers environ du liquide. — Injection iodée avec l'aspirateur Dieulafoy. — Guérison.

Il s'agit d'une demoiselle de 31 ans, de constitution lymphatique nerveuse, qui a été atteinte d'une dyssenterie qui a duré 3 mois, et à la suite de laquelle sont survenues de fortes palpitations et des douleurs dans la région du cœur, de plus elle a eu une diarrhée qui a duré pendant une année, avec des accès de fièvres intermittentes. Il y a trois ans environ, à la suite de douleurs dans le bas-ventre et la région lombaire, elle s'aperçut que son ventre prenait du développement, et le 21 septembre 1875, elle était dans l'état suivant : très-amaigrie, le teint pâle, le pouls petit, régulier, et bruit de souffle à la base du cœur, avec œdème des jambes et des pieds ; le ventre, développé très-régulièrement, offrait une surface lisse, et mesurait, au niveau de l'ombilic qui était un peu déprimé, 1 mètre 75 centimètres. L'appétit était conservé les digestions bonnes, et les règles étaient régulières, fournissant du

sang décoloré ; pas de toux, pas d'oppression ; pouvant dormir couchée sur le dos; ni sucre, ni albumine dans les urines, etc.

Comme le fait judicieusement remarquer l'auteur de cette observation, tous les symptômes énoneés ci-dessus, l'anémie prononcée, l'œdème des jambes, les diverses maladies antérieures pouvaient faire supposer une ascite, mais la marche lente de l'hydropisie, l'absenee d'albumine dans les urines, la forme du ventre, qui ne change pas quelle que soit la position donnée à la malade, la matité obtenue à la percussion font diagnostiquer un kyste de l'ovaire eontre lequel les confrères appelés en eonsultation conseillent une ponetion et une injection iodée qui sont exécutées le 9 novembre 1875, avee l'aiguille n° 3 de M. Dieulafoy au lieu ordinaire de la paracentèse. On laisse écouler environ le tiers ou le quart, c'est-à-dire einq litres, d'un liquide elair et limpide comme de l'eau; puis, avee l'aspirateur Dieulafoy, environ 50 grammes d'un liquide iodé, eomposé de 5 parties de teinture d'iode et de 1 partie d'eau, furent injeetés dans le kyste ; l'aiguille fut retirée, et un moreeau de sparadrap fut placé sur la piqûre. La malade déclara n'avoir presque pas souffert au moment de l'opération, mais deux heures après, les douleurs devinrent tellement vives, qu'elles arraehaient des eris à la malade; elle fut prise d'une agitation extrême, le pouls était petit, très-fréquent et le corps eouvert de sueurs visqueuses et très-abondantes ; la faee était pâle, grippée, la respiration très-rapide, haletante, la voix enrouée; il y avait des envies de vomir, il était impossible de toueher le ventre tant la pression était douloureuse, le poids d'une simple couverture en toile était difficilement supporté. Cet état alarmant dura jusqu'au lendemain matin, et se continua trois autres jours, mais en diminuant peu à peu chaque jour ; des sueurs et des urines très-abondantes se manifestèrent, ainsi que de eopieuses garde-robes (10 à 12 par jour) le pouls était à 100 et la malade éprouvait une sensation très-vive de brûlure dans l'œsophage et l'estomae, la soif est modérée.

Le 13 oetobre, e'est-à-dire quatre jours après l'opération, la fièvre a cessé, l'appétit est revenu, la faee est moins pâle, moins altérée, les urines et les selles sont normales, l'abdomen est moins douloureux, et tout le liquide qu'on avait laissé dans le kyste, environ 10 à 15 litres, *a complétement disparu*. Le ventre est mou, déprimé, et permet de eonstater une tumeur ovoïde de la grosseur des deux poings, située à la partie inférieure et latérale gauche du petit bassin ; on peut la eireonscrire parfaitement.

Les jours suivants l'amélioration eontinue, et le 8 novembre, c'est-à-dire un mois après l'opération, la malade est assez forte pour retourner ehez elle, dans le district de Flaeq, après six

heures de voiture ; la tumeur à cette époque avait la grosseur du poing, et elle souffrait encore de l'estomac et du dos, mais nullement dans le ventre. Le 13 décembre, un nouvel examen constate que la tumeur a encore diminué ; quoique la malade marche encore peu, son état général est excellent.

Le 25 octobre 1876, la guérison est complète, il n'y a pas trace de la tumeur dans le petit bassin, la malade jouit d'une santé excellente et a repris de l'embonpoint.

Telle est l'observation de notre confrère : peut-elle, comme il semble le croire, servir à démontrer que le procédé qu'il a suivi, ponction d'un kyste de l'ovaire avec l'appareil Dieulafoy, évacuation incomplète du liquide, puis injection iodée, doit être employé et préféré aux moyens mis en usage jusqu'à ce jour pour guérir les kystes ovariques qui réclament les injections iodées, car nous pensons bien qu'il n'a pas la prétention de traiter tous les kystes de l'ovaire par les injections iodées, quoiqu'il ne s'explique pas sur ce point.

L'observation de notre honoré confrère, qui, au point de vue du résultat obtenu, est très-remarquable, puisqu'il y a eu une guérison radicale, n'offre pas la même satisfaction au point de vue du diagnostic et de la manière dont a été conduit le traitement ; elle laisse beaucoup à désirer : en effet, les détails de cette observation, que nous venons de rapporter presque textuellement, sont tels, qu'après les avoir lus, on se demande si notre confrère a eu affaire à un kyste de l'ovaire ou à une ascite : l'énumération des signes et symptômes présentés par la malade sont plutôt ceux d'une ascite que ceux d'un kyste ovarique, et plusieurs des phénomènes qui se sont produits après la ponction et l'injection iodée, s'ils peuvent faire naître l'idée d'un kyste de l'ovaire, ne sont pas encore assez distincts pour faire disparaître tous les doutes qu'on éprouve à la lecture de cette observation, sur la véritable affection dont cette malade était atteinte. — Cette observation est très-incomplète et offre de trop nombreuses lacunes dans sa rédaction pour qu'elle puisse servir à démontrer les avantages du procédé mis en usage par notre confrère de l'île Maurice.

En nous appuyant sur les seuls renseignements qui sont consignés dans l'observation, voyons si la malade avait une ascite ou un kyste de l'ovaire.

Voici ce qu'on lit dans l'observation : une demoiselle de 31 ans, de constitution lymphatique, est d'abord atteinte pendant 3 mois de dyssenterie, puis à la suite, d'anémie, de palpitations, de douleurs cardiaques, de bruits de souffle au cœur, avec œdème des extrémités, et enfin d'une diarrhée qui a duré plus d'une année et

de fièvres intermittentes, etc. A un examen fait le 21 septembre 1875, notre confrère note qu'elle est très-pâle, très-amaigrie, et constate que le ventre dont la peau est lisse, l'ombilic déprimé, est très-développé et mesure 1 mètre 75 centimètres : quiconque voudrait s'en tenir aux seuls symptômes que nous venons de rapporter aurait la pensée que la malade était atteinte d'une ascite plutôt que d'une autre maladie; mais, ajoute notre confrère, la marche lente de l'hydropisie, la forme du ventre, qui ne change pas quelle que soit la position donnée à la malade, la matité obtenue par la percussion, l'absence de l'albumine dans les urines, nous firent, à plusieurs confrères et à moi, diagnostiquer un kyste de l'ovaire et conseiller une ponction suivie d'une injection iodée. Tels sont les signes sur lesquels s'appuyèrent nos confrères pour diagnostiquer un kyste de l'ovaire. Mais la marche lente du développement du ventre, la matité donnée par la percussion, ne nous paraissent pas seuls des éléments suffisants pour reconnaître un kyste de l'ovaire, ces signes appartiennent aussi bien à l'ascite qu'à un kyste ovarien ; il n'y a donc que la forme du ventre qui ne changeait pas quelle que fût la position donnée à la malade, qui aurait pu faire admettre l'existence d'un kyste de l'ovaire, et encore cette forme du ventre, alors que tous les autres signes militaient en faveur d'une ascite, pouvait-elle suffire à elle seule pour affirmer l'existence d'un kyste; l'infiltration des parois de l'abdomen ne peut-elle pas quelquefois en imposer? Mais les parois étaient-elles infiltrées, il n'en est dit mot, seulement on ne peut que le supposer à cause de l'œdème des extrémités de l'aspect lisse de la peau du ventre et de l'ombilic déprimé, signes qui se rencontrent presque toujours dans l'ascite et très-rarement dans les kystes des ovaires ; ainsi, en l'absence de tous les signes qui servent à faire reconnaître un kyste : sonorité dans les flancs, et dans tous les points qui ne sont pas occupés par le kyste, matité limitée aux seuls points où se trouve le kyste, signes qu'il était facile de constater puisque la malade était très-amaigrie, n'est-il pas naturel de supposer, en présence de l'œdème, des extrémités (œdème qu'on rencontre rarement dans les kystes), et de tous les autres symptômes signalés, dyssenterie, diarrhée chronique, lésions cardiaques, fièvres intermittentes, que cette malade était atteinte d'une ascite? N'était-il pas indispensable pour bien établir le diagnostic que notre confrère indiquât dans son observation, quelle était l'étendue de la matité, quels étaient les points où elle existait, si elle persistait dans les même points lorsqu'on faisait coucher la malade sur le côté droit ou sur le côté gauche, si les parois de l'abdomen étaient infiltrées ou non, etc.? Et comme il est dit dans l'observation que la malade était très-

amaigrie, la constatation de tous ces signes devait être facile, en raison du peu d'épaisseur des parois du ventre. De quel côté siégeait le kyste, était-ce à droite, était-ce à gauche; ce siége devait être d'autant plus facile à indiquer que la maladie avait marché lentement. Comme on le voit, tout est incomplet dans cette observation, et il nous paraît difficile de dire, après les omissions nombreuses que nous venons d'y signaler, quelle était la véritable nature de la maladie : un signe qui est d'une importance capitale pour diagnostiquer un kyste de l'ovaire, et qui n'est même pas mentionné dans cette observation, c'est la fluctuation. Était-elle générale ou limitée, indiquait-elle un liquide séreux, épais ou visqueux ; cette fluctuation devait être facile à constater dans un kyste qui contenait de 15 à 20 litres de liquide séreux et qui, d'après les phénomènes observés après l'opération, devait être uniloculaire, ou au moins avoir une poche assez vaste pour contenir une grande quantité de liquide. Ce signe était d'une grande valeur pour savoir si ce kyste, en supposant qu'il existât, était uniloculaire ou multiloculaire, et on se demandera sur quelle indication nos honorés confrères s'appuyèrent pour décider, le kyste étant admis, de faire une ponction et une injection iodée. Au point de vue du traitement, les signes fournis par la fluctuation avaient donc une grande importance. Il est vrai que la ponction qui donna issue à un liquide clair et limpide comme de l'eau, aurait pu servir à confirmer le diagnostic et à établir qu'il existait réellement chez cette malade un kyste de l'ovaire. Cette circonstance d'un liquide clair et limpide pourrait faire admettre que ce kyste appartenait à la variété de ceux qu'on a désignés sous le nom de kystes hydatiques, parce qu'ils renferment un liquide clair comme de l'eau de roche; mais ce liquide n'était-il pas seulement séreux et semblable à celui qu'on rencontre dans l'ascite? A cause de toutes les lacunes qui existent dans cette observation, on est autorisé à rester dans le doute. D'un autre côté les accidents qui sont survenus presque immédiatement après l'opération, sont aussi de nature à créer des difficultés qui empêchent d'accepter sans hésitation le diagnostic de nos confrères.

Que lit-on dans cette observation? Que deux heures après l'injection, les douleurs devinrent tellement vives, qu'elles arrachaient des cris à la malade, qui fut prise d'une agitation extrême, que le pouls était très-petit, fréquent, le corps couvert de sueurs visqueuses et très-abondantes, la face pâle et grippée, la respiration très-rapide, haletante, la voix enrouée; il y avait des envies de vomir et il était impossible de toucher le ventre tant la pression était douloureuse; le poids d'une simple couverture de toile

était difficilement supporté : cet état alarmant dura jusqu'au lendemain et se continua avec moins d'intensité pendant 3 autres jours, avec des sueurs et des urines très-abondantes, avec des garde-robes très-copieuses, au nombre de 10 à 12 par jour, le pouls était à 100 et la malade éprouvait une sensation très-vive de brûlure dans l'œsophage et l'estomac.

Quand on sait, par des observations nombreuses, qu'une injection iodée poussée dans la cavité d'un kyste ovarique ne détermine pas de douleur et n'est pas suivie de phénomènes généraux graves, on est en droit de se demander si les symptômes que nous venons de noter et qui indiquent tous les signes d'une péritonite des plus intenses, ne sont pas dus à l'injection iodée faite dans le péritoine. Nous les avons observés tels que nous venons de les rapporter, dans un cas où nous avions injecté de la teinture d'iode, avec partie égale d'eau, dans le péritoine, une ascite ayant été prise pour un kyste de l'ovaire (cette observation est consignée dans notre traité d'iodothérapie à la page 336, 2e édition); notre malade a guéri, comme celle de notre confrère de l'île Maurice.

Si ce n'est pas dans le péritoine que notre confrère a injecté 50 grammes d'un liquide iodé, composé de 5 parties de teinture d'iode et de 1 partie d'eau, c'est-à-dire de teinture d'iode presque pure, et que ce soit dans la cavité d'un kyste qui renfermait encore 10 à 15 litres de liquide, ce qui devait diminuer considérablement l'effet de la teinture d'iode sur les parois du kyste, puisque 40 grammes de teinture d'iode environ se trouvaient dilués dans 10,000 ou 15,000 grammes de liquide, avec ce procédé la matière injectée se trouve étendue dans des proportions impossibles à évaluer ; on ne comprendrait pas comment une injection iodée devenue si peu concentrée par son mélange avec 10 ou 15 litres de liquide, aurait pu déterminer des accidents aussi graves si elle avait été véritablement faite dans un kyste de l'ovaire. Il faut chercher ailleurs une explication. Alors il faut admettre que le liquide restant dans le kyste, mélangé d'une certaine quantité de teinture d'iode, s'est écoulé du kyste dans le péritoine par la piqûre de l'aiguille et a déterminé tous les accidents signalés; on pourrait ainsi s'expliquer la disparition complète en deux ou trois jours de tout le liquide du kyste ou de la cavité péritonéale par des sueurs, des urines, des garde-robes très-abondantes ; et ces phénomènes de disparition presque subite d'une grande quantité de liquide s'expliqueraient mieux pour une ascite que pour un kyste de l'ovaire, attendu qu'on ne connaît pas un seul exemple de kyste de l'ovaire disparu en deux ou trois jours, sans admettre la rupture ou la perforation du kyste; d'autre part, si l'on suppose que l'injection n'a pas été faite dans le

péritoine, il faudra bien croire que le liquide du kyste s'est écoulé peu à peu dans le péritoine, par la piqûre de l'aiguille. De nombreux faits nous ont appris que les liquides tombés dans la cavité péritonéale, à la suite de la rupture des kystes, n'ont pas toujours déterminé des péritonites mortelles, mais qu'ils ont toujours produit des accidents de péritonites très-graves. Nous en avons relaté plusieurs dans notre traité d'iodothérapie, entre autres l'histoire d'une cliente de M. le Dr Huguier, qui, étant atteinte d'un vaste kyste uniloculaire de l'ovaire, reçut dans le ventre un coup de pied de son mari. Tous les signes d'une péritonite des plus intenses se déclarèrent immédiatement, et pendant 4 ou 5 jours qu'ils durèrent, la malade eut des sueurs copieuses et rendit des urines en abondance; le liquide épanché dans le ventre disparut promptement, et depuis cet accident, qui remonte à plus de 20 ans, la femme jouit d'une santé parfaite et n'a pas vu son kyste se reproduire. Peut-être les mêmes phénomènes ont-ils eu lieu chez la malade de notre confrère. Quoi qu'il en soit et quelques efforts que nous fassions pour arriver à connaître la véritable nature de l'affection dont était atteinte mademoiselle X..., nous sommes forcé d'avouer, que d'après l'observation qui nous a été adressée, nous ne pouvons que rester dans l'incertitude, ne pouvant dire si la malade avait un kyste de l'ovaire ou bien une ascite.

Les omissions que nous venons de signaler ne sont pas les seules, nous regrettons que notre confrère ait cru devoir se dispenser d'indiquer de quel côté il a pratiqué la ponction. Il dit seulement qu'elle a été faite au lieu d'élection ordinaire de la paracentèse ; . une indication précise du côté où la ponction a été pratiquée aurait pu servir au diagnostic, parce que si la ponction avec l'aiguille très-courte de M. Dieulafoy avait été faite du côté opposé au kyste, on aurait pu en conclure que la ponction n'a pénétré que dans la cavité abdominale, ou bien que le kyste en se vidant et en revenant sur lui-même a abandonné l'aiguille, d'où la cause de l'échappement du liquide kystique dans le péritoine ; tandis que si la ponction avait été pratiquée du côté où siégeait le kyste, et où l'on a constaté une tumeur de la grosseur des deux poings après l'évacuation du liquide, on aurait pu admettre plus facilement que la ponction avait été faite dans le kyste, et que c'est le liquide sorti du kyste qui a amené les accidents de la péritonite, et non l'injection iodée faite dans le péritoine... Encore une omission à noter : on dit que, le liquide évacué, on pouvait parfaitement circonscrire une tumeur de la grosseur des deux poings qui se trouvait dans le côté gauche. Mais de quelle nature était cette tumeur, était-elle dure, solide, fluctuante? La rapidité

très-grande avec laquelle elle a disparu, dans l'espace d'un mois, n'indique-t-elle pas que c'était le kyste considérablement revenu sur lui-même et renfermant encore un peu de liquide qui se sera écoulé peu à peu et lentement par l'ouverture faite au kyste par l'aiguille ; ou bien cette tumeur sur laquelle nous n'avons pas le moindre renseignement n'était-elle pas tout simplement le résultat des effets de l'injection iodée, c'est-à-dire la cause de la formation d'une masse plastique, d'une espèce de gâteau dû à l'inflammation provoquée dans ce point par l'injection iodée très-concentrée, masse qui se sera résorbée peu à peu, et aura fini par disparaître.

En présence de tant de lacunes, de tant d'omissions, de tant d'obscurité dans cette observation, il est impossible de conclure avec notre confrère que le procédé qui consiste à laisser dans un kyste de l'ovaire les deux tiers ou les 3/4 de son liquide, puis ensuite à faire une injection iodée, même concentrée, soit un bon procédé, se servît-on de l'instrument aspirateur de M. Dieulafoy. L'idée d'aspirer les liquides renfermés dans les kystes de l'ovaire et dans d'autres cavités, et ensuite d'y faire des injections, n'est pas nouvelle, et la méthode de l'aspiration avait déjà été préconisée, mais sans succès, par Monro, J. Guérin, le Dr Buys de Bruxelles. Quoi qu'il en soit, la malade de notre confrère a parfaitement guéri, mais si cette guérison est due à l'épanchement du liquide dans le péritoine, il n'en faudrait pas conclure que l'écoulement continu du liquide du kyste dans le péritoine soit une méthode bonne à suivre; elle expose à une péritonite mortelle, et est blâmée par Scanzoni, West, Fock, Spencer Welker et tous ceux qui l'ont mise ou vu mettre en pratique ; elle n'a présenté de succès exceptionnels que lorsque la rupture du kyste s'est faite accidentellement: il vaut encore mieux s'en tenir aux injections iodées en vidant complétement le kyste ou à l'ovariotomie suivant la nature des cas.

En terminant, nous ne saurions trop recommander aux confrères qui envoient des observations à la Société de chirurgie, soit pour préconiser un procédé ou une méthode, de vouloir bien envoyer à l'appui des observations très-complètes et très-détaillées , afin qu'on puisse y trouver tous les renseignements nécessaires, pour pouvoir conclure avec connaissance de cause sur leurs travaux.

Lecture.

M. Paquet, professeur de médecine opératoire à la Faculté de Lille, lit un travail sur les adénomes parotidiens.

Commission pour le prix Duval.

Sont nommés membres : MM. Marjolin, Delens, Ledentu, Lannelongue et Guéniot.

Communications.

M. Delore, professeur à la Faculté de Lyon, fait une communication qui pour a titre :

Des injections interstitielles d'ergotine dans l'épaisseur du tissu utérin.

Je n'ai pas besoin de rappeler que c'est à Hildebrand qu'est dû l'emploi des injections d'ergotine employées comme traitement des corps fibreux utérins : cette pratique se répandit rapidement en Allemagne, en Angleterre, mais plus lentement en France.

Hildebrand faisait des injections dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale; j'ai eu l'idée de les pratiquer dans le tissu utérin lui-même, à l'aide d'une seringue de Pravaz au corps de pompe de laquelle j'attachais un fil pour suppléer au défaut de hauteur de l'instrument. Plus tard j'ai fait construire une seringue d'une capacité supérieure et munie d'une canule spéciale, dont je me croyais l'inventeur, mais qui avait été employée pour injections de morphine dans la cavité utérine.

Quant à la solution que j'emploie, c'est une solution aqueuse d'ergotine au tiers, je supprime la glycérine employée par Hildebrand de peur d'avoir des abcès.

Le manuel opératoire est bien simple. Le col est mis à nu à l'aide du spéculum ; je pratique une ponction de 5 à 6 centimètres de profondeur, il faut déployer une certaine force : en général la douleur est peu de chose. Les seuls accidents à signaler sont : 1° l'issue du liquide par la piqûre et 2° une petite hémorrhagie. Quant aux suites il faut les considérer au point de vue physiologique et au point de vue thérapeutique. M. Moutard-Martin a établi que les injections sous-cutanées d'ergotine produisent des effets bien autrement intenses que la même substance absorbée par l'estomac, voici ici pour l'action thérapeutique. Quant aux phénomènes physiologiques, voici ce que j'ai observé. Sur 66 opérations pratiquées sur 23 malades il y a eu 17 fois des frissons, 2 fois des tremblements, 16 fois des vomissements bilieux, 1 fois syncope, 1 fois des troubles de la vue, 1 fois de l'assoupissement ; quant aux phénomènes douloureux, on les a observés 6 fois dans les reins, 2 fois dans les jambes, les cuisses, les jointures et la tête, 6 fois dans l'abdomen. Ces douleurs ont duré de 4 à 24 heures ; je n'ai observé qu'une

fois un abcès; il s'agissait d'une malade chez laquelle j'avais pratiqué 7 ou 8 injections, la dernière provoqua de la pelvi-péritonite et un abcès qui dura un mois.

Je reviens aux résultats thérapeutiques obtenus. J'avoue n'avoir pas observé les cas de guérison rapide signalés par Hildebrand; la plupart des malades ont été soulagées, les métrorrhagies ont diminué d'intensité, les tumeurs fibreuses paraissent avoir subi un temps d'arrêt dans leur développement.

Discussion.

M. Duplay. J'ai eu occasion de pratiquer les injections de Hildebrand, et je n'ai, comme M. Delore, obtenu aucun effet curatif. Aussi je regarde comme fantastique les résultats signalés par les Allemands.

Le procédé est simple et je n'ai observé à la suite qu'un petit abcès de la paroi abdominale, il y a 15 jours.

Je ferai remarquer que mes résultats étant conformes à ceux de M. Delorc, le procédé de notre distingué collègue ne paraît pas jouir d'une efficacité spéciale, et je le prierai de nous renseigner sur les indications particulières auxquelles il a obéi.

M. Terrier. Je signalerai à la Société ce fait que je n'ai jamais eu personnellement d'accidents, mais que j'en ai observé à la suite d'injections faites par des personnes étrangères à la médecine. Ce résultat différent tient-il à la qualité de l'ergotine qu'il est assez difficile d'obtenir parfaitement neutre? ce serait assez mon opinion.

Les résultats thérapeutiques obtenus ont été assez satisfaisants, soit dans des métrites hémorrhagiques soit dans des cancers utérins ; dans un seul fait, qui m'est commun avec M. Terrillon, nous avons constaté un résultat défavorable : il s'est produit des contractions utérines violentes, la métrorrhagie a augmenté : c'est un véritable insuccès.

M. Delore. L'idée qui m'a poussé à pratiquer mon injection dans l'intimité du tissu utérin est d'obtenir une efficacité plus grande en m'adressant à l'organe malade. Je crois, sans oser l'affirmer, que les résultats obtenus ainsi sont meilleurs. Mon procédé est du reste très-aisé à exécuter : on peut le pratiquer chez des filles vierges en se servant du doigt comme conducteur du trocart.

M. Panas. Il y a un point qui me paraît dominer la question, c'est celle de la conjonction chimique de l'ergotine.

Si nous parlons du seigle ergoté, nous voyons qu'il contient des matières extractives et une huile volatile toxiquée, cette dernière paraît être le principe actif et pourrait peut-être faire défaut dans

l'ergotine. Ce qui semble le prouver, c'est que les accoucheurs ne se fient qu'à la poudre de seigle ergoté fraîchement préparée.

C'est ainsi que l'on pourrait expliquer les résultats peu accusés des injections d'ergotine ; quant à la sédation des douleurs on l'obtient par des injections d'eau pure. Rien donc, à mon avis, ne prouve que l'ergotine Bonjean contienne les principes actifs de l'ergotine de seigle, et c'est là la première question à étudier.

M. Marc-Sée. Ce que vient de dire M. Panas est exact jusqu'à un certain point. L'ergotine Bonjean est bien moins active que l'ergotine de seigle en poudre, j'en tombe d'accord; mais elle est bien autrement efficace que de l'eau pure. On a communiqué à la Société de médecine des hôpitaux des cas où une solution d'ergotine a mis fin à des hémorrhagies abondantes. Je citerai les faits rapportés par MM. Moutard-Martin et Constantin Paul, en particulier.

M. Duplay. Je crois aussi à l'efficacité des injections d'ergotine; je rappellerai que M. Vidal les a appliquées avec succès chez les enfants atteints des prolapsus rebelles du rectum.

M. Delore. Évidemment, nous avons dans l'ergotine Bonjean une préparation infidèle. Je ne crois pas pour ma part, quoi qu'on en ait dit à l'Académie de médecine, qu'on soit arrivé à isoler l'alcaloïde à l'état de pureté. M. Yvon, pharmacien distingué, est de cet avis et ne croit pas que l'ergotine ait été encore obtenue à l'état cristallin.

J'en reviens à la pratique, et j'insiste sur la nécessité de tâter, comme on dit, le terrain. Je commence par injecter 12 ou 15 gouttes d'une solution, puis j'augmente progressivement la dose. M. Constantin Paul s'arrête en général à 10 centigrammes ; j'ai été jusqu'à 60 sans accidents. Cela vient peut-être du peu d'intensité des diverses ergotines.

Je suis, comme M. Panas, d'avis que les effets ne sont pas ceux de l'ergotine de seigle, mais on ne peut employer ce dernier remède en injections hypodermiques, la preuve que l'ergotine agit dans le même sens et sur les douleurs qui ne sont que des contractions utérines intenses.

La séance est levée à 6 heures 1/4.

Le secrétaire,

Cruveilhier.

Séance du 7 novembre 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance imprimée comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine, de la province et de l'étranger.

2° Un mémoire du Dr Fay, de Christiania, relatif à la pratique hospitalière.

3° Un ouvrage sur les plaies par armes à feu du Dr Longmore.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Guyon s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. le Dr Nicaise demandant un congé de deux mois ;

3° Une lettre de M. Lemonnier, de la Nouvelle-Orléans, adressant à la Société trois observations, à l'appui de sa candidature au titre de correspondant étranger ;

4° Une lettre de M. le Dr Heurtaux, de Nantes, membre correspondant, adressant à la Société deux notes, l'une sur un cas de chondrome naso-pharyngien, l'autre sur le phlegmon sous-ombilical.

5° Un mémoire de M. le Dr Vedrenne, médecin principal à l'hôpital de Vincennes, sur les plaies pénétrantes de fractures par armes blanches.

Commission : MM. Verneuil, Tillaux et Lucas-Championnière.

Communications.

Tumeur fibreuse de la paroi abdominale,

par M. Nicaise.

Je mets sous les yeux de la Société une tumeur dont j'ai fait ce matin l'ablation et qui pesait 2,500 grammes à l'état frais.

La malade qui en était porteur avait 49 ans ; il y a plusieurs années, cette dame avait vu se développer au-dessus de la crête iliaque une petite tumeur qui acquit peu à peu le volume du poing, mais prit un accroissement si rapide pendant ces deux derniers mois qu'elle décupla de volume.

En examinant avec soin cette tumeur on la trouvait douée d'une

certaine mobilité qui disparaissait par la contraction des muscles de l'abdomen. La consistance ne paraissait pas égale pourtant, il y avait des points qui semblaient avoir subi une dégénérescence graisseuse.

L'ablation fut faite facilement; la dissection dut cependant être attentive et j'avais pris toutes les précautions voulues dans le cas où il y aurait des adhérences au péritoine. Je n'ai pas vu la séreuse et me suis tenu toujours à une certaine distance des os de la région, j'ai trouvé, par contre, la tumeur intimement adhérente aux aponévroses, et ce fait vient confirmer les conclusions du mémoire lu sur ce sujet à l'Académie de médecine par M. Guyon; c'est donc au tissu fibreux aponévrotique qu'adhèrent ces tumeurs et non au périoste, comme le pensaient MM. Nélaton et Gosselin. Dans le cas que je vous soumets c'était aux aponévroses du petit oblique et transverse, que la tumeur était intimement unie; un prolongement s'insinuait sous la peau de la région lombaire. J'ai fait une suture aux deux extrémités de l'incision, j'ai placé un tube à drainage et fait le pansement de Lister.

M. Gillette. L'examen à l'œil nu semble indiquer que cette tumeur est un lipome fibro-graisseux, mais je ne saurais dire si c'est un fibrome ayant subi la régression graisseuse ou un lipome.

Les fibromes de la paroi abdominale naissent dans l'épaisseur de la paroi, s'en coiffent et s'appliquent contre la séreuse. Tel me paraît être le siége de cette tumeur; aussi devons-nous féliciter notre collègue de n'avoir pas ouvert le péritoine.

J'ai assisté il y a 4 ans à une opération analogue faite à la Pitié par M. Labbé; tout marcha très-bien, mais à la fin une petite boutonnière fut faite au péritoine. La malade mourut très-rapidement de péritonite.

M. Desprès. M. Gillette vient de nous parler d'un fibrome situé à la fois dans le bassin et la paroi abdominale; je crois qu'il faut établir une distinction entre ces diverses variétés.

Les fibromes sous-cutanés sont bénins, Liégeois en avait observé un dans le service de Denonvillier : ce sont des tumeurs du volume du poing, ils sont mobiles et n'ont point de connexions profondes. Il y a au contraire des fibromes du bassin, sous-péritonéaux, dont un exemple a été présenté par Chassaignac à la Société et qui diffèrent des premiers.

La tumeur apportée par M. Nicaise me paraît être un fibrome sous-cutané.

M. Lannelongue. L'opération faite par Denonvillier et à laquelle j'ai assisté avait trait à un fibrome contenu dans le trajet inguinal et implanté sur l'orifice interne de ce canal.

M. Terrier. Je ne voudrais pas qu'il fût dit qu'une péritonite ne peut se déclarer, après l'ablation des tumeurs fibreuses du bassin, que si le péritoine est intéressé. Je connais en effet deux cas, dont un de M. Verneuil, où la mort est survenue bien que le péritoine soit demeuré parfaitement intact.

M. Gillette. Je répondrai à M. Desprès que dans le cas de M. Labbé, la tumeur était située dans la paroi, comme celle présentée par M. Nicaise. Je dirai à M. Terrier que je n'ai pas dit qu'il fallait nécessairement qu'une boutonnière fût faite au péritoine pour qu'une péritonite se déclarât, j'ai rapporté un fait où l'inflammation de la séreuse a succédé à sa section par le bistouri.

M. Tillaux. J'admets pour ma part, contrairement à M. Desprès, que le fibrome de M. Nicaise est sous-péritonéal, ou du moins que comme un certain nombre de ces tumeurs il est à la fois sous-cutané et sous-péritonéal; je veux dire que, contenu dans l'épaisseur de la paroi de l'abdomen, ce fibrome était en contact avec le péritoine.

Je rappellerai, bien qu'il n'y ait qu'un rapport éloigné entre les deux faits, que j'ai enlevé il y a deux ans et présenté ici même une tumeur fibreuse du bassin située en arrière du rectum; c'est le seul cas que je connaisse de tumeur fibreuse du bassin chez l'homme, et la guérison a été complète.

M. Ledentu. Je crois que les variétés de ces tumeurs sont plus nombreuses qu'on ne le dit, elles peuvent siéger, selon moi, entre tous les plans qui constituent la paroi. J'ai vu une de ces tumeurs très-nettement située entre les muscles grand et petit oblique ; elle avait le volume d'un rein et appartenait à un enfant de dix ans.

M. Polaillon. Je ne voudrais pas qu'on laissât complétement de côté les fibromes provenant du périoste du bassin. Je rappelle que M. Bodin en a fait le sujet de sa thèse inaugurale.

M. Nicaise. Je n'accepte pas la dénomination de lipome, assignée par M. Gillette à une tumeur, je crois que le tissu adipeux provient d'une dégénérescence granulo-graisseuse subie par ce tissu. Sans être complétement affirmatif au point de vue du siége, je puis éliminer cependant le *fascia propia* et la peau, la tumeur était située sous le grand oblique que j'ai décollé, c'était un fibrome intra-pariétal.

M. Houel. J'accepte parfaitement pour ma part la détermination donnée par M. Nicaise, de fibrome intra-pariétal.

Élections.

Ont été nommés membres de la commission pour le prix Laborie : MM. Blot, Duplay, Heurteloup, Polaillon, Tillaux.

Lectures.

M. Marchand lit, à l'appui de sa candidature, une observation intitulée : *Tumeur fibreuse naso-pharyngienne, opérée par la méthode nasale.* — Renvoyée à une commission.

M. le secrétaire général donne lecture d'une observation de chondrome naso-pharyngien par M. le Dr Heurtaux, de Nantes, membre correspondant.

Note sur un cas de chondrome naso-pharyngien,

par le Dr A. Heurtaux (de Nantes), membre correspondant.

Guillemet (Marie), âgée de 22 ans, journalière, demeurant à Sarzeau (Morbihan), est entrée à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 30 janvier 1877 (service de la clinique chirurgicale, salle 21), pour une grosse tumeur naso-pharyngienne.

Cette jeune fille, vigoureusement constituée et d'une excellente santé habituelle, ne présente dans ses antécédents héréditaires rien qui mérite d'être noté. Son père et sa mère sont fort bien portants ; elle a trois frères plus âgés qu'elle et qui ont toujours été d'une bonne santé.

La malade, intelligente, fournit au sujet de son affection les renseignements les plus précis. Elle fait remonter le début de sa tumeur à près de cinq ans. En effet, au mois d'août 1873, elle remarqua au côté gauche du nez, vers la base de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, un gonflement qui, depuis lors, s'est accentué de plus en plus. Presque à la même époque, elle observa également au niveau de l'angle interne de l'œil gauche une petite tumeur ayant le volume d'une noisette. Comme cette dernière tumeur, après avoir persisté pendant plusieurs mois, a complètement disparu ; il est probable qu'elle était constituée par une dilatation du sac lacrymal, survenue sous l'influence de la compression ou de l'oblitération du canal nasal par le tissu morbide.

Après le gonflement de l'apophyse montante du maxillaire, ce qui a frappé la malade, c'est l'obstruction progressive de la narine gauche où l'air a fini par ne plus pouvoir passer librement. Ensuite, et peu à peu, la narine droite elle-même s'est obstruée, de sorte que la malade fut obligée de respirer par la bouche.

Depuis trois ans, de nouveaux symptômes se sont manifestés : l'œil gauche, poussé en avant et en dehors, s'est affaibli peu à peu, au point que depuis un an la malade serait incapable de se conduire en ne se servant que de cet œil. D'autre part, la voûte palatine s'est défor-

mée et il s'y est fait une petite perforation sur laquelle nous allons revenir.

Pendant cette évolution, la santé générale s'est maintenue intacte. On peut même dire que le développement de la tumeur a été à peu près indolent: deux fois seulement la malade a souffert ; la première fois il y a trois ans, la seconde, il y a quatre ou cinq mois ; et à ces deux reprises les douleurs n'ont pas duré plus de quelques jours. Jamais aucune hémorrhagie, même légère, n'est survenue.

Etat actuel. — A première vue, la malade offre un aspect caractéristique : l'élargissement de la face, l'exorbitisme de l'œil gauche, la bouche entr'ouverte pour le passage de l'air, tout cela dénote l'existence d'une tumeur naso-pharyngienne d'un gros volume. Ajoutons que la voix de la malade présente ce timbre nasillé ou plutôt guttural que l'on observe en pareil cas.

En analysant les déformations de la face, voici ce que l'on remarque :

Le *nez* est tout à la fois élargi et affaissé comme si on l'avait tiraillé d'un côté à l'autre. A gauche, au niveau de la base de l'apophyse montante du maxillaire, il existe une saillie arrondie, très-dure, qui, d'après ce que raconte la malade et ainsi qu'on l'a mentionné plus haut, représente la déformation remarquée au début du développement de la tumeur.

L'*œil gauche* est déplacé tout à la fois en dehors et en avant, pas assez toutefois pour que les paupières ne puissent le recouvrir facilement. Il présente, en outre, un léger degré de strabisme divergent. Le globe oculaire n'est point rouge ; la pupille est de dimension normale contractile ; mais la vision de cet œil est défectueuse au point que la malade distingue seulement le jour de la nuit. L'*œil droit* lui-même s'est sensiblement affaibli ; toutefois la malade voit bien de loin, et de près elle peut voir l'heure à une montre ou distinguer des caractères d'imprimerie de dimension moyenne.

L'*arcade zygomatique* gauche ne présente rien à noter ; il en est de même de la *fosse zygomatique* et de la *fosse temporale*, lesquelles paraissent complétement libres.

Lorsque, plaçant la malade en face du jour, on regarde dans la *narine gauche*, on aperçoit facilement, à une profondeur de 2 ou 3 centimètres, une masse rougeâtre assez régulièrement arrondie, ayant à peu près la couleur de la pituitaire, et qui non-seulement remplit complétement la cavité nasale gauche, mais a déjeté fortement vers la droite la cloison des fosses nasales. Avec le petit doigt, difficilement introduit par l'orifice antérieur, on sent que cette production est d'une consistance ferme. Une sonde de femme et même un stylet de trousse ne peuvent s'insinuer entre la tumeur et les parois de la fosse nasale.

L'exploration de la *narine droite* montre que cette cavité est absolument obstruée par la cloison même, déjetée et appliquée contre la paroi externe de la narine droite.

Les deux fosses nasales sont tout à fait imperméables à l'air, soit dans l'inspiration, soit dans l'expiration.

En faisant largement ouvrir la bouche, on observe que la *voûte palatine*, au lieu de présenter sa concavité habituelle, est abaissée et même un peu convexe du côté de la bouche ; elle offre en outre vers sa partie moyenne, un peu à gauche de la ligne médiane, une perforation large de 3 à 4 millimètres, à travers laquelle un stylet peut être conduit dans la fosse nasale gauche, où il vient butter contre la tumeur. D'après ce que dit la malade, cette perforation s'est établie au mois de septembre 1876. Par cette fistule coule un peu de liquide ayant l'aspect du muco-pus. Les contours de cette petite perforation sont réguliers, arrondis, rosés, nullement ulcérés : la muqueuse du palais paraît s'être unie, après sa perforation, avec la muqueuse du plancher de la fosse nasale. En pressant avec le doigt sur la voûte palatine, on reconnaît qu'au voisinage de la perte de substance les os sont amincis et jouissent d'une certaine élasticité.

Le voile du palais est lui-même manifestement repoussé en bas et en avant.

Les *dents* de la mâchoire supérieure sont toutes intactes et solides.

La *paroi externe du sinus maxillaire*, examinée avec l'œil et le doigt, en dedans de la joue, se présente dans des conditions normales ; ainsi il paraît démontré que l'antre d'Higmore n'est pas distendu par la production morbide.

L'exploration du *pharynx* fournit des renseignements d'un grand intérêt. Le doigt, introduit en crochet en arrière du voile du palais, rencontre de suite la tumeur qui affleure le bord inférieur du voile et remplit complétement la partie supérieure du pharynx. La surface en est généralement arrondie, mais avec quelques indices de lobes séparés par des sillons à peine marqués ; elle est lisse, donnant au doigt la sensation d'une muqueuse saine, ni fongueuse, ni ulcérée. La production morbide est, dans toutes ses parties, d'une dureté excessive, comme cartilagineuse ou même osseuse.

Cette masse compacte remplit si complétement la région qu'il ne reste aucun intervalle entre elle et les parois du pharynx, de sorte que d'aucun côté il n'est possible d'insinuer le doigt pour s'assurer des connexions qui peuvent exister entre le tissu morbide et les parois. En outre, la tumeur reste, pendant toutes les tentatives, absolument immobile : son volume excessif, la dureté

et le défaut d'élasticité de son tissu, les adhérences étendues qui furent reconnues plus tard, telles sont, certainement, les conditions multiples qui rendaient impossible tout mouvement communiqué.

Toutes ces explorations ont offert ceci de remarquable et d'intéressant, qu'elles n'étaient point douloureuses et qu'elles n'ont provoqué aucune perte de sang; quelques stries sanguines seulement se sont montrées sous l'influence des fortes pressions exercées avec le doigt.

Les *glandes lymphatiques* des régions parotidiennes et sous-maxillaires des deux côtés n'ont aucune trace d'engorgement.

La marche lente de la tumeur et la conservation complète de la santé excluaient la pensée d'une production maligne. Il n'était pas probable non plus qu'il s'agît d'un polype fibreux naso-pharyngien : en outre que, dans le cas présent, le sexe était peu favorable à cette opinion, l'immobilité *absolue* de la tumeur et sa dureté *excessive* ne me permettaient pas de croire à un fibrome; car les tumeurs de cette dernière espèce présentent toujours, même quand elles sont parvenues à un développement extrême, un certain degré de mobilité et d'élasticité qui faisaient ici complétement défaut. Je fus, pour ces motifs, porté à croire que j'étais en présence d'un chondrome ou d'un ostéome, ces deux espèces de tumeur pouvant en effet présenter la marche et l'ensemble des caractères constatés chez cette malade. Afin de faire le diagnostic différentiel de ces deux productions, je me servis d'une longue aiguille à acupuncture que j'enfonçai, d'avant en arrière, par la narine gauche, dans le tissu de la tumeur. Cette aiguille pénétra avec la plus grande facilité, sans rencontrer aucune résistance, à une profondeur de 7 ou 8 millimètres ; j'aurais pu l'enfoncer au delà encore, mais je jugeai que c'était inutile. La facilité de cette pénétration, opposée à la dureté extrême de la tumeur sous la pression du doigt, me parut rendre très-probable la supposition d'un chondrome. Une simple gouttelette de sang accompagna le retrait de l'aiguille.

L'opération est exécutée par la voie nasale, le 6 février 1877, de la façon suivante : Une incision curviligne est pratiquée au côté gauche du nez dans le sillon naso-génien. Cette incision commençant en bas, à la partie la plus reculée de la narine, qu'elle divise au niveau du sillon qui la sépare de la lèvre supérieure, se dirige ensuite en haut en décrivant une courbe à convexité externe qui suit les limites du nez et de la joue. Arrivée au côté interne du grand angle de l'œil, l'incision est conduite transversalement au niveau de la racine du nez qu'elle comprend dans toute sa largeur. Dans tout son trajet, cette incision est assez profonde pour atteindre les os.

Ceux-ci sont alors divisés dans la ligne même de l'incision et dans la même direction curviligne, à l'aide d'une petite scie à contourner, que sa lame étroite et à large voie permet de conduire dans la direction voulue.

On peut alors déjeter complétement le nez vers le côté droit de la face; et, grâce à l'extrême déviation à droite éprouvée par la cloison des fosses nasales, on aperçoit la partie antérieure de la tumeur dans une grande étendue. Cependant, afin de faciliter les manœuvres, j'augmente l'échancrure du maxillaire en enlevant avec la scie un petit fragment osseux en forme de croissant taillé aux dépens de la paroi antérieure du sinus maxillaire.

L'œil et le doigt peuvent dès lors explorer assez facilement la fosse nasale gauche et reconnaître les connexions de la tumeur. On constate de suite que celle-ci a dû prendre son origine dans la paroi externe de la narine, mais qu'elle a contracté des adhérences avec toutes les autres parois. Toutefois, ces adhérences secondaires ne sont pas telles qu'on ne puisse, dans beaucoup de points, les détruire en insinuant avec force le doigt entre la tumeur et les parois de la cavité; ailleurs on arrive au même résultat avec la spatule. C'est au plancher de la fosse nasale que la désunion est la plus facile. Du côté de la cloison, la résistance est plus grande; toutefois on peut la vaincre, et l'on constate bientôt que cette cloison a été perforée par la pression de la tumeur, un peu en arrière de sa partie moyenne, dans une étendue de un centimètre et demi à deux centimètres. Vers la voûte de la cavité nasale, le tissu morbide est intimement adhérent aux os, et quand on veut l'en détacher, il se déchire.

Je cherche à me débarrasser de la plus grande partie de la masse à l'aide de l'écraseur linéaire, qui divisera la tumeur au niveau de son insertion primitive. Pour cela, je conduis un fil avec la sonde de Belloc au-dessous de la tumeur, entre elle et le plancher des fosses nasales; puis, avec la sonde de Belloc également, un second fil est conduit au-dessus de la tumeur, en suivant la direction de la voûte des fosses nasales. Les extrémités locales de ces fils sont nouées ensemble, ce qui donne une anse qui contourne la tumeur à sa base d'implantation et à l'aide de laquelle on peut passer l'écraseur. Cet instrument divise la tumeur avec une remarquable facilité; et l'on peut encore, comme au moment de l'acupuncture dont il a été parlé plus haut, noter le contraste frappant entre la dureté de la tumeur à la pression et la facilité avec laquelle elle se laisse diviser.

Cette section n'est qu'un acte préliminaire, qui favorise l'opération, mais qui est loin de suffire. En effet, la tumeur reste encore à peu près immobile, à cause de son gros volume et des adhérences qui

persistent en haut et en arrière. Il faut la fragmenter en de gros morceaux que l'on extrait assez facilement, et l'on arrive peu à peu à déblayer en partie la cavité nasale. Du côté du plancher de cette cavité et au niveau de la cloison, les parois sont bien débarrassées de tout tissu morbide ; mais en haut, j'ai déjà parlé de l'adhérence intime et même de l'envahissement des os par la tumeur. Je détruis ces portions à l'aide d'une gouge courbe qui permet de dépasser les limites des parties altérées. Désormais on peut avec le doigt atteindre la paroi postérieure du pharynx, en suivant soit la voûte, soit le plancher de la fosse nasale. On reconnaît alors que la tumeur adhère intimement à la muqueuse pharyngienne, à tel point que l'ongle ne parvient pas à la détacher ; je suis contraint de me servir encore d'une gouge courbe et bien coupante pour diviser la muqueuse dans toute l'étendue de ses connexions avec la tumeur.

Il restait à s'assurer de l'état de la paroi externe de la fosse nasale, car de ce côté l'écraseur avait dû laisser en place une couche de tissu morbide. Ce dernier temps de l'opération n'offre aucune difficulté : en effet, avec une spatule, on soulève une masse d'une forme lenticulaire, que l'on détache à son pourtour avec de forts ciseaux et que l'on extrait facilement. Cette masse présente : en dedans, une surface plane qui résulte de la section opérée par l'écraseur ; en dehors, une surface convexe où l'on reconnaît la paroi interne du sinus maxillaire qui a été refoulée au point de venir s'appliquer contre la paroi externe, de sorte que la cavité de l'antre d'Highmore était complétement effacée, sans être envahie par le tissu morbide. Cette lamelle osseuse est intimement adhérente à la base de la tumeur, à laquelle elle a donné manifestement naissance et qu'elle limite du reste parfaitement.

Cette opération, nécessairement un peu longue et laborieuse, ne fut marquée par aucun incident fâcheux ; la perte de sang a été modérée, infiniment moindre que dans la plupart des opérations pratiquées pour l'extraction des polypes fibreux naso-pharyngiens. Comme complément d'opération, différents points des foses nasales et du pharynx ont été cautérisés avec le thermo-cautère, notamment ceux où les adhérences étaient plus solides.

La plaie a été réunie de suite avec des fils d'argent.

Les fragments de la tumeur, pesés après l'opération, avaient un poids total de *cent trente-cinq* grammes.

Le jour de l'opération, dans l'après-midi, la malade a présenté un état de défaillance, d'angoisse inexprimable, avec étouffements et faiblesse extrême du pouls. Tous ces symptômes, qui ont duré près d'une heure, se sont terminés par un vomissement composé d'une assez grande quantité de sang noir qui avait été avalé pendant l'opération.

Disons immédiatement que, à part cet incident, les suites de l'opération ont été simples. La fièvre traumatique, le gonflement inflammatoire, n'ont rien présenté de particulier. Soutenue les premiers jours avec des aliments liquides et la potion au cognac, l'opérée n'a pas tardé à reprendre son régime normal. Les fils d'argent ont été retirés le 10e jour et la malade est sortie de l'Hôtel-Dieu le 1er mars.

La tumeur, examinée à l'œil nu après son ablation, présente bien les caractères typiques du chondrome pur. Son tissu, hyalin, demi-transparent, a l'aspect d'une gelée dense ; il fournit en petite quantité un liquide transparent, très-glissant ; il se déchire avec la plus grande facilité et les bords de la déchirure n'offrent point de tractus filamenteux; l'instrument tranchant le pénètre sans effort et l'on peut y couper facilement des tranches très-minces ; enfin il est très-peu vasculaire. Tous ces caractères macroscopiques sont bien ceux du chondrome.

Mon excellent collègue, M. le Dr Malherbe fils, a bien voulu se charger de faire l'examen histologique de la tumeur. Voici la note qu'il m'a remise à ce sujet :

« Les parties de la tumeur qui font librement saillie dans les « fosses nasales sont recouvertes par la muqueuse, un peu épaissie. « On a pu constater l'existence de son revêtement de cellules à « cils vibratiles et voir le mouvement de ces cils peu de temps « après l'opération. Dans l'épaisseur de la membrane se recon- « naissent des glandes à mucus. La muqueuse est séparée du « néoplasme par une couche de tissu conjonctif lâche qui sert de « périchondre à la tumeur.

« Si l'on considère le tissu propre de cette dernière, en prenant « pour type un des lobules les mieux formés, voici ce qu'on y « trouve :

« 1° Du cartilage hyalin formant la majeure partie de la tumeur ;

« 2° Du fibro-cartilage ;

« 3° Dans certains points, au milieu d'une substance fondamen- « tale hyaline ou vaguement fibrillaire, de grandes cellules à pro- « longements anastomosés ;

« 4° Des lacunes de forme irrégulière occupées par du tissu « conjonctif à fibrilles fines, au milieu duquel sont disséminées « quelques cellules rondes et des globules de sang extravasés. « Dans certaines de ces lacunes on voit nettement des capillaires « pleins de globules sanguins.

« Ces lacunes conjonctives, dans leurs rapports avec le tissu « cartilagineux, rappellent l'aspect d'un petit espace médullaire « au milieu du tissu osseux.

« C'est autour de ces espaces médullaires que la prolifération « cartilagineuse est le plus intense.

« Dans le voisinage de ce tissu fibreux on voit par places des « cellules cartilagineuses petites, contenues dans de petites cap- « sules, analogues en un mot aux éléments du cartilage hyalin « normal.

« Ailleurs les capsules sont énormes et forment sur la substance « fondamentale hyaline un pointillé qu'on peut reconnaître à l'œil « nu, en examinant la préparation par transparence.

« Les grandes capsules sont subdivisées en un assez grand « nombre de capsules secondaires (8 à 10 pour certaines) et cha- « cune de ces capsules contient une cellule, tantôt rétractée, tan- « tôt remplissant exactement la cavité capsulaire (dans les prépa- « rations faites à l'acide picrique, colorées à la purpurine).

« Ces grandes capsules qui contiennent beaucoup de cellules « sont situées le plus souvent dans le voisinage des lacunes occu- « pées par du tissu fibreux.

« Dans les mêmes points, on voit sur plusieurs coupes le tissu « fibreux s'avancer au milieu des capsules, sous forme de longs « tractus, ce qui donne au tissu les caractères du fibro-cartilage.

« Il a été question plus haut des cellules étoilées : elles sont « situées au milieu d'une substance fondamentale hyaline ou « vaguement fibrillaire. Dans les points où on les rencontre, elles « donnent au tissu les caractères du chondrome à cellules rami- « fiées, de Ranvier. Divers points de mes préparations montrent « que ces cellules sont situées principalement dans les parties « occupées précédemment par ce tissu fibroïde que j'ai comparé « au tissu médullaire de l'os. Ce sont donc des cellules qui n'ont « pas encore eu le temps de se sécréter une capsule.

« Cette manière de voir est corroborée par ce fait que, dans « d'autres parties des préparations, on voit des cellules cartilagi- « neuses fortement rétractées, disséminées régulièrement dans la « substance fondamentale, n'ayant plus de prolongements anasto- « mosés, mais entourées seulement d'une capsule très-mince et « peu apparente. Ces cellules semblent être à une période transi- « toire entre l'état de cellule ramifiée et celui de cellule cartilagi- « neuse parfaite.

« De l'exposé qui vient d'être fait, il résulte :

« 1° Que la tumeur contient les trois principales variétés de « cartilage qui se rencontrent dans les chondromes.

« 2° Que le cartilage hyalin étant en plus grande abondance que « le fibro-cartilage et le cartilage à cellules ramifiées, et repré- « sentant l'état vers lequel tendent ces deux variétés dans la tumeur « qui nous occupe, il y a lieu de la nommer *chondrome hyalin* ;

« 3° Qu'en raison de cet état d'organisation parfaite vers lequel « tend le tissu pathologique, on peut espérer une bénignité « relative de la tumeur.

« Les préparations ont été faites soit à l'état frais, soit sur des « fragments ayant macéré dans l'alcool à 90°, ou la solution con- « centrée d'acide picrique. Les coupes ont été colorées soit par « le picro-carminate d'ammoniaque, soit par la purpurine. »

Récemment (24 octobre), j'ai reçu des nouvelles de cette malade par l'entremise de M. le Dr Bourdet (de Sarzeau). Mon confrère me fait savoir que la guérison paraît complète et que la cicatrice est très-régulière et peu visible. La voix est aujourd'hui à peine nasillée. La narine droite perçoit les odeurs très-nettement, mais la gauche très-imparfaitement. L'œil droit n'a éprouvé aucun changement et distingue les objets comme à travers un léger brouillard; le gauche fonctionne un peu mieux qu'avant l'opération et permettrait à la rigueur à la malade de se conduire sans le secours de l'œil droit. Depuis qu'elle a été opérée, la jeune fille n'a plus éprouvé aucune douleur. Ainsi que l'on devait s'y attendre, la fistule de la voûte palatine a persisté mais ne cause aucune gêne.

Remarques. — Cette observation offre de l'intérêt à deux points de vue: 1° la nature de la tumeur; 2° le procédé opératoire employé.

I. — Les chondromes du maxillaire supérieur sont fort rares, et c'est surtout cette considération qui m'engage à publier le fait actuel. Dans la statistique d'O. Weber, portant sur 307 cas de tumeurs solides de toute nature, développées dans le maxillaire supérieur, le chondrome ne figure en effet que 8 fois.

D'un autre côté le même auteur, ayant fait un relevé général de chondromes observés dans les diverses régions du corps, a trouvé que sur 267 tumeurs cartilagineuses 8 seulement occupaient la mâchoire supérieure. La mâchoire inférieure y serait deux fois plus exposée, puisqu'on y trouve 15 chondromes.

Remarquons en outre que les 8 cas de tumeurs cartilagineuses du maxillaire supérieur sont loin de représenter tous des chondromes purs ou parfaitement organisés. Le plus souvent c'étaient des tumeurs entièrement constituées par du fibro-cartilage; la tumeur que j'ai observée présentait bien quelques traces de fibro-cartilage, mais ce dernier tissu ne formait qu'une bien petite portion dans l'ensemble de la tumeur. D'autres fois, dans les observations précédentes, il est dit que la tumeur était composée en partie de cartilage bien développé, en partie d'un tissu cartilagineux très-embryonnaire; dans le cas que je viens de rapporter il n'existait rien de semblable: partout le tissu cartilagineux avait

tendance à acquérir un degré d'organisation parfaite. On peut donc regarder cette observation comme un type de chondrome pur.

Dans les faits connus, le plus souvent la tumeur paraît avoir débuté dans le sinus maxillaire, ce qui sans doute explique les douleurs vives mentionnées dans plusieurs observations, de même que l'ébranlement et la chnte des dents. Dans le cas présent, au contraire, malgré le gros volume de la tumeur, les douleurs ont été passagères et ne se sont présentées que deux fois, et toutes les dents sont demeurées intactes. Cette double immunité était certainement due à ce que la tumeur s'était développée ên dehors du sinus maxillaire.

L'analyse des symptômes, et surtout les détails dans lesquels je suis entré au sujet de l'opération, prouvent que la tumeur avait pris son origine dans le périoste qui tapisse la paroi externe de la fosse nasale gauche; c'était donc un périchondrome. Cette origine était des plus évidentes, puisqu'il n'y avait pas trace de coque osseuse en aucun point de la tumeur, et que d'un autre côté à la base du tissu morbide, on retrouvait la lamelle osseuse qui constitue la paroi interne de l'antre d'Highmore, refoulée vers le sinus dont la cavité était simplement effacée mais non envahie.

II. — Le procédé opératoire employé, conforme aux principes de chirurgie conservatrice qui aujourd'hui tendent à prévaloir, a eu pour objet d'ouvrir une voie suffisante, permettant d'atteindre et d'enlever entièrement la tumeur, tout en ménageant le plus possible le squelette de la face. C'est pour ce motif que j'ai adopté la méthode qui consiste à faire une incision dans le sillon naso-génien, à scier la racine du nez et l'apophyse montante du côté malade et à rabattre ensuite le nez vers le côté sain. C'est le procédé usité par M. Bœckel. Remarquons que dans l'espèce, comme dans tous les cas analogues, la voie ainsi créée est suffisamment large pour permettre les manœuvres nécessaires ; car la tumeur, ayant envahi au moins l'une des narines, amène la dilatation progressive et souvent considérable de cette cavité, par le refoulement de ses parois et en particulier de la cloison. A la section primitive, j'ai joint la résection d'une petite partie de la paroi antérieure du sinus, ainsi que l'ont conseillé quelques chirurgiens. Cette échancrure, qui respecte le plancher de l'orbite et la voûte palatine, augmente sensiblement comme l'on sait, le champ opératoire.

Sans doute on aurait pu, en présence d'une aussi grosse tumeur, songer à l'ablation totale du maxillaire ; mais je partage complétement l'opinion des chirurgiens qui reculent devant une pareille opération préliminaire, dont la gravité propre ne saurait être contestée malgré les statistiques satisfaisantes qu'elle fournit. Il

faut songer surtout aux difformités si déplorables qu'elle laisse après elle. Je suis également convaincu, pour en avoir fait l'expérience, que l'opération par la voie nasale, exécutée comme je l'ai dit tout à l'heure, fournit un espace très-suffisant pour atteindre et détruire les tumeurs naso-pharyngiennes les plus volumineuses. Deux fois j'ai eu l'occasion d'opérer ainsi, avec succès, de gros polypes naso-pharyngiens ; non-seulement le mal n'a pas reparu, mais la cicatrice a été, chez les deux malades, très-peu choquante.

Du reste, dans le cas présent, l'ablation complète du maxillaire supérieur ne pouvait pas simplifier l'opération. En effet, cette ablation aurait laissé en place presque toute la tumeur, dont il aurait fallu ensuite, comme je l'ai fait, détruire les nombreuses et solides adhérences aux parois de la fosse nasale gauche et du pharynx, ce qui a constitué le temps le plus laborieux de l'opération.

Avec l'échancrure nasale décrite tout à l'heure, les manœuvres ont été assez faciles et l'on a pu enlever complétement et largement la pièce osseuse sur laquelle était implantée la tumeur, c'est-à-dire la paroi interne du sinus maxillaire.

L'absence de récidive, 8 mois après l'opération, sans être une absolue garantie pour l'avenir, permet déjà d'espérer que nous aurons à enregistrer une guérison définitive.

La séance est levée à 5 heures

Le secrétaire,
CRUVEILHIER.

Séance du 14 novembre 1877.

Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

Les journaux périodiques de la semaine : *le Bordeaux médical : la Gazette médicale de Bordeaux ; le Sud médical ; le Journal de médecine de l'Ouest ; le Montpellier médical ; le Practitioner*, journal de thérapeutique et d'hygiène ; — *The British medical Journal.*

Les mémoires couronnés publiés par l'Académie royale de Belgique.

El Anfiteatro anatómico español ; les Annales de la Société d'hydrologie médicale espagnole.

Un travail du Dr Masse présenté par M. Lefort et intitulé : *De l'influence de l'attitude des membres sur leurs articulations, au point de vue physiologique, clinique et thérapeutique.*

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Longmove annonçant l'envoi de son traité des plaies par armes à feu.

Une lettre de M. le professeur Trélat, demandant un congé durant le semestre d'hiver.

Une lettre de M. le Dr Félix Paquet, de Roubaix, demandant une rectification relative à une observation de l'action traumatique du tendon d'Achille, lui appartenant, et attribuée à tort à M. Alphonse Paquet, de Lille.

Rapport.

Rapport lu à la Société de chirurgie par M. de Saint-Germain, au nom d'une commission composée de MM. Verneuil, Gillette et de Saint-Germain, sur une observation de M. le Dr Krishaber relative à un cas de trachéotomie par le thermo-cautère.

Messieurs,

Chargé depuis quelque temps déjà du rapport que je vais vous faire, j'avais différé jusqu'ici, pensant que de nouvelles observations du même genre pourraient être adressées par M. Krishaber à la Société, et par suite être comprises dans le même travail. Il me semblait d'ailleurs que les cas d'opérations par le thermo-cautère affluaient, au moment où le rapport me fut confié, dans des proportions telles, que chaque séance était l'objet d'une communication identique, et que l'intérêt apporté par la Société à ce genre de travaux semblait s'en ressentir quelque peu.

Aujourd'hui, cette considération n'existant plus, et de nouvelles observations n'étant pas venues s'ajouter à celle-ci, je crois le moment venu de m'exécuter.

L'observation de M. Krishaber est intéressante à plus d'un titre.

Il s'agit d'un homme de 58 ans, atteint depuis 4 ans de troubles de la voix et depuis 18 mois environ de dyspnée, d'abord légère, puis de plus en plus intense et déterminant parfois de véritables accès de suffocation.

Soigné d'abord par notre regretté collègue le Dr Isambert qui avait diagnostiqué l'existence d'un polype et avait fait de vains efforts pour l'extirper, il fut confié par le professeur Charcot aux soins du Dr Krishaber.

A ce moment, le malade dépérissait à vue d'œil, respirait avec une extrême difficulté et pouvait à peine se faire entendre. L'examen laryngoscopique difficile, surtout au début, permit, après une certaine éducation du malade, de reconnaître l'existence d'une énorme végétation remplissant la cavité laryngique.

Le malade, placé dans la maison de santé du Dr Laborde, fut soumis à l'opération suivante : Des tentatives d'extraction avec les pinces à polypes ayant échoué, M. Krishaber larda pour ainsi dire la tumeur à l'aide du couteau galvano-caustique et put à plusieurs reprises amener à l'extérieur après cette cautérisation des débris notables du polype. Après quoi, la respiration parut se rétablir d'une manière presque normale.

Durant 4 jours environ, l'état resta à peu près le même; mais à partir du 5e jour, la dyspnée revint et un nouvel examen laryngoscopique permit de constater l'existence d'un œdème considérable; le mal ne fit qu'augmenter et finit par mettre, vers le 12e jour, le malade dans un état presque identique avec celui qu'il présentait avant l'opération.

La trachéotomie fut décidée, et pratiquée en ma présence et avec l'assistance du Dr Laborde.

Ici M. Krishaber commence le détail de son opération ; je regrette qu'il n'ait pas noté, avant d'en commencer le récit, l'état de maigreur tout particulier du malade; je fus frappé de la longueur de son cou, de la saillie parfaitement nette que formaient sur la ligne médiane les cartilages et même la partie supérieure de la trachée, et il me sembla que l'opération devrait s'en trouver singulièrement facilitée. Si l'on ajoute le calme vraiment stoïque du malade, son immobilité parfaite et toute spontanée, je répète, et je crois qu'il est utile d'insister sur cette circonstance, que l'on avait affaire à un cas des plus faciles.

M. Krishaber crut devoir dans le *modus faciendi* changer de manière, et au lieu de promener lentement le couteau sur les tissus, de façon à produire des eschares linéaires, il exécuta une série de ponctuations très-rapprochées les unes des autres, laissant le couteau thermique en contact avec les tissus, non pas une seconde comme il le dit (le temps lui paraissait long et je le comprends), mais un quart de seconde tout au plus. Je ne remarquai pas, au moment de la division du tissu cellulaire, ce bouillonnement dû à la graisse en fusion qui m'avait jusque-làsi désagréablement impressionné dans les thermo-trachéotomies; je ne puis attribuer cette absence, comme le fait M. Krishaber, au mode de cautérisation, mais bien à l'état de maigreur extrême du malade. La graisse manquait absolument, il eût été difficile de la faire fondre.

Quoi qu'il en soit, l'opération marchait à souhait : le couteau main-

tenu au rouge sombre se rapprochait de la trachée, quand, tout à coup, deux jets de sang assez considérables s'élancèrent; deux artérioles donnaient avec une certaine intensité.

Ici M. Krishaber, n'ayant qu'une confiance limitée dans la puissance hémostatique du thermo-cautère contre les hémorrhagies artérielles, appliqua deux pinces hémostatiques et se rendit maître de l'écoulement de sang.

Le reste de l'opération ne présenta rien de particulier à noter.

La trachée fut ouverte avec le bistouri et la canule introduite sans dilatateur.

Les pinces hémostatiques furent laissées en place, et je ne sais quand elles furent retirées, ce point n'étant pas noté. J'avoue que lorsque je quittai le malade, je n'avais qu'un enthousiasme modéré pour cette récente application de la thermo-caustie à la trachéotomie.

Je me disais que le principal avantage de la méthode n'avait pas été obtenu, puisqu'une hémorrhagie s'était produite, et que des pinces hémostatiques avaient dû être employées. Me rappelant ensuite les conséquences probables, d'après les expériences déjà faites, et relatives à des eschares plus ou moins larges et profondes, je me sentais pris d'une vive sympathie pour le bistouri.

Fort heureusement, les accidents consécutifs furent nuls, absolument nuls.

Point de fièvre, point de chaleur à la peau, point de décollement des bords de la plaie, point de rougeur périphérique. Cette absence d'accidents fut du reste constatée par nos collègues, MM. Duplay Terrier, Gillette et Horteloup, qui, ayant des malades dans la maison où se trouvait l'opéré, ont pu l'examiner en passant.

La plaie fut fermée le 14ᵉ jour, et le 46ᵉ jour le malade put quitter son lit.

Je dois ajouter que M. Krishaber a revu le malade dans les premiers jours de novembre et l'a trouvé dans un état absolument satisfaisant.

M. Krishaber termine sa note par la phrase suivante : *Je n'hésite pas un instant à attribuer ce résultat favorable au procédé opératoire que j'ai adopté cette fois.*

Je regrette de ne pouvoir partager cette manière de voir, cette conclusion ne me paraît pas établie sur des bases suffisamment solides. Le malade était, je l'ai dit plus haut, dans des conditions exceptionnellement favorables.

Sans parler en effet de son immobilité merveilleuse et de son courage exceptionnel, il avait le cou très-long et très-maigre. L'opération était donc facile, et je ne doute pas que le bistouri n'eût donné un résultat au moins aussi favorable que le thermo-cautère, puisque l'application des pinces hémostatiques eût été ainsi

encore plus facile qu'au milieu des tissus noirs et escharifiés produit de la cautérisation. Voilà pour les accidents immédiats, quant à l'absence des accidents consécutifs, je veux parler des eschares, j'attribue cette immunité à l'absence de la graisse fondue bien plus qu'au procédé opératoire particulier employé par M. Krishaber, lequel, outre ses difficultés d'application quand on a des parties molles très-épaisses à traverser, ne suffirait pas à empêcher la fusion de la graisse et par suite les eschares consécutives. Comme on me l'a reproché, peut-être avec raison, j'ai quelque peu oscillé dans mes appréciations sur les applications du thermo-cautère à la trachéotomie, et mon enthousiasme a parcouru insensiblement la gamme du rouge cerise au rouge sombre ; je crois qu'il est bien difficile, en effet, quand il s'agit d'apprécier une méthode nouvelle, de ne se point déjuger, et j'estime qu'il serait aussi imprudent de se livrer à son endroit à un engouement exagéré, qu'il serait téméraire de la condamner de parti pris.

Je crois donc qu'il sera nécessaire d'accumuler les faits et de les discuter de la manière la plus impartiale ; aussi ne pensé-je pas que malgré son résultat remarquable définitif, le fait apporté par M. Krishaber soit absolument à l'actif de la thermo-trachéotomie.

Mes conclusions sont :

1° D'adresser à M. le Dr Krishaber des remercîments pour son intéressante communication.

2° D'envoyer son observation au comité de publication.

Communications.

Phlegmon sous-ombilical,

par le Dr A. Heurtaux (de Nantes), membre correspondant

Je propose le nom de *phlegmon sous-ombilical* pour désigner une variété de phlegmon profond de la paroi abdominale antérieure qui n'a pas été, je crois, décrite jusqu'à présent, et dont les caractères méritent pourtant de fixer l'attention des cliniciens.

Cette affection consiste en une tumeur inflammatoire, bien circonscrite, *médiane et symétrique*, ayant la forme d'un ovale ou plutôt d'une demi-ellipse, *dont la base occupe le niveau de l'ombilic*, tandis que le sommet, arrondi, situé en bas, s'avance plus ou moins dans l'hypogastre, sans arriver jusqu'au pubis. Dans tous les cas observés, la tumeur était profondément placée dans les parois du ventre et d'une forme identique.

Il m'est impossible, quant à présent, de déterminer d'une façon tout à fait indiscutable le siége anatomique de cette inflammation ;

j'émettrai plus loin, à ce sujet, une opinion que je considère comme probable.

On ne trouve rien, dans les auteurs classiques, qui se rattache à cette affection. Je n'en ai rencontré également aucun exemple dans les mémoires spéciaux sur les phlegmons des parois abdominales, notamment dans le savant travail de M. Bermutz [1] et dans les articles de Dance [2] et de M. Guyon [3]. J'en dirai autant de la thèse de M. Vaussy [4], qui ne renferme pas de faits identiques à ceux que je vais relater tout à l'heure. Cette pénurie de matériaux m'étonne d'autant plus que les caractères de ce phlegmon sont assez fréquents, pour que l'observation d'un seul cas doive éveiller l'attention ; et comme, pour ma part, il m'a été donné de voir six exemples de l'inflammation que je vais décrire, chiffre relativement élevé, il faut admettre que j'ai été singulièrement favorisé par les circonstances.

Je n'ai trouvé dans la littérature médicale qu'un seul document qui renferme des observations pouvant avoir quelque analogie avec les miennes : c'est un mémoire de M. C. Paul, inséré dans les bulletins de la Société anatomique [5], et dans lequel l'auteur, après avoir fait connaître la cavité prépéritonéale décrite par Reiztius, rapporte quatre observations de phlegmons développés dans cette cavité. Deux de ces faits sont empruntés aux Archives de Virchow, les deux autres sont personnels. Cependant on verra plus loin que ces cas ne peuvent pas être complétement assimilés à ceux que j'ai vus.

Peut-être, en multipliant les recherches dans les recueils périodiques, serait-il possible de trouver des observations conformes aux miennes ; mais tout en avouant que mes investigations ont été fort incomplètes, je dois dire que je n'ai rien découvert de semblable.

Ce qui donne le plus d'intérêt à l'étude du phlegmon sous-ombilical, c'est que cette tumeur, à cause de sa symétrie parfaite et du siége qu'elle occupe, peut être l'occasion d'une méprise au moins passagère : elle ressemble beaucoup, en effet, à la vessie distendue par l'urine ou à l'utérus augmenté de volume, et nous verrons en

[1] Bermutz, Des phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen : *Arch. gén. de méd.*, 14e série, t. XXIII, p. 129, 290.

[2] Dance, *Dict. de méd.*, 2e édit. t. I, p. 215 (article ABDOMEN).

[3] F. Guyon, *Dict. encycl. des sciences méd.*, t. I (article ABDOMEN).

[4] Vaussy, *Des phlegmons sous-péritonéaux de la paroi abdominale antérieure ;* Paris, 1875.

[5] C. Paul, Etudes anatomiques nouvelles sur la région hypogastrique ; Déductions pathologiques (*Bullet. de la Soc. anat.*), 2e série, t. VII, p, 318; Paris, 1862.

outre qu'on a pu, dans certains cas, songer à une tumeur solide ou à un kyste de l'ovaire.

Je vais présenter successivement l'histoire abrégée des six malades qu'il m'a été donné de voir, dans l'ordre où ils se sont succédé. C'est en 1865, que j'ai observé le premier cas.

Obs. I. — M. Bl..., âgé de 30 à 35 ans, bien constitué, est pris, dans le cours d'une syphilis à la période secondaire, sans cause appréciable, d'une douleur dans l'hypogastre accompagnée de fièvre et de nausées. Il survient quelques vomissements bilieux. Appelé à le voir deux jours après le début des accidents, je trouve à la palpation, dans la région sous-ombilicale, une tumeur à peu près pyriforme dont la grosse extrémité, située en haut, monte exactement au niveau de l'ombilic, tandis que son extrémité inférieure se perd insensiblement à quelques centimètres au-dessus du pubis. Les bords latéraux, de même que le supérieur, sont très-bien délimités. Cette tumeur, résistante, mate à la percussion, ressemble beaucoup à la vessie distendue par l'urine ; cependant le malade urine facilement et sans douleur. L'introduction d'une sonde dans la vessie ne fait sortir qu'une petite quantité de liquide et la tumeur conserve sa forme et son volume.

Traitement : onguent mercuriel belladoné et cataplasmes.

Les jours suivants, la tension de la tumeur augmente; la paroi abdominale est soulevée; la fluctuation, d'abord obscure, devient évidente. Une dizaine de jours après le début des accidents, ponction du foyer à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; il sort une assez forte quantité de pus phlegmoneux ayant une odeur forte; mais non stercorale. Aussitôt après l'opération la tumeur s'affaisse. L'ouverture est maintenue béante pendant quelques jours à l'aide d'un drain, et la guérison s'effectue rapidement.

Obs. II. — En 1866, je suis appelé à trois lieues de Nantes, près d'une femme âgée de 25 à 26 ans qui, trois semaines après un accouchement naturel et sans que rien de particulier se fût présenté jusque-là, avait été prise de fièvre en même temps qu'apparaissait une douleur dans l'hypogastre. C'est huit jours après le début de ces accidents que je vois la malade. A ce moment, on sent dans la région sous-ombilicale une tumeur ferme, douloureuse, immobile, qui commence au niveau de l'ombilic et peut être suivie en bas jusqu'au voisinage du pubis. La peau est intacte et mobile. Je pensai tout d'abord que cette tumeur n'était autre chose que l'utérus augmenté de volume; mais le toucher vaginal me fit reconnaître que la matrice était bien revenue sur elle-même et mobile. D'autre part, m'étant assuré par le cathétérisme que la vessie était vide, je fus de suite tenté de rapprocher ce fait du précédent.

Dix jours après, étant retourné voir la malade, je la trouvai infiniment mieux : la veille, la collection s'était ouverte spontanément, un peu à droite de la ligne médiane, à peu près à égale distance de l'ombilic et du pubis. Une bonne quantité de pus s'était écoulée et la tumeur avait disparu. La malade se rétablit promptement.

Quelques années après, j'eus l'occasion d'observer presque simultanément deux nouveaux cas.

Obs. III. — R... (Joseph), âgé de 32 ans, caporal, né à Venosq (Isère), est entré à l'ambulance le 28 février 1871, pour une pleurésie à gauche. L'épanchement est modéré. Le 2 ou 3 mars, sans cause appréciable survient une douleur dans l'hypogastre accompagnée de fièvre.

Le 12 mars. — Je vois le malade qui présente, dans la région sous-ombilicale, une tumeur occupant la ligne médiane, symétrique, qui commence au niveau même de l'ombilic et descend jusqu'à deux ou trois travers de doigt du pubis. Cette tumeur, douloureuse, fait une saillie même appréciable à l'œil et imite bien la vessie distendue par l'urine. La peau sus-jacente est mobile et de couleur naturelle. Il paraît exister une fluctuation profonde.

Le 14 mars. — La fluctuation étant très-évidente, je fais une ponction à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, parce que à ce niveau la tumeur est plus saillante. Il faut traverser une assez grande épaisseur de parties molles pour arriver au foyer, qui est certainement sous-aponévrotique. Il s'écoule de 120 à 150 grammes de pus un peu clair, d'odeur forte mais non fécaloïde. La cavité, mesurée immédiatement avec le stylet, présente de 9 à 10 centimètres de haut en bas et 5 centimètres de chaque côté de l'ombilic. On reconnait très-bien, à l'aide de ces explorations, que le foyer est *aplati* d'avant en arrière et d'une forme demi-elliptique, à base située exactement au niveau de l'ombilic, tandis que ses limites inférieures s'arrêtent à une certaine distance au-dessus du pubis.

Ce malade est sorti de l'ambulance peu de jours après l'ouverture de son phlegmon, non encore complétement rétabli, mais en bonne voie de guérison.

Obs. IV.— Ce fait est un remarquable exemple de fistule ombilicale fort ancienne, ayant probablement succédé à un phlegmon sous-ombilical.

M. G... (Jules), 17 ans, observé à la fin de mars 1871. A l'âge de 7 ans, ce jeune homme a eu, dit-il, une fièvre typhoïde grave, vers la fin de laquelle un phlegmon s'est formé au-dessous de l'ombilic. Le foyer, abandonné à lui-même, s'est ouvert par la partie inférieure de la cicatrice ombilicale; il en est sorti beaucoup de pus. Depuis cette époque, le trajet a toujours fourni un pus jaune ou grisâtre; le malade est contraint de changer trois ou quatre fois par jour le linge qui le garnit. Quelquefois il se fait une obstruction de l'ouverture, pendant un temps qui varie de deux à quinze jours, et alors surviennent une tension de la région malade, des douleurs; puis l'orifice de la fistule se débouche, il s'écoule une certaine quantité de pus et les accidents se calment. En sondant le trajet fistuleux avec un stylet courbe, je trouve une sorte de cavité aplatie d'avant en arrière, dans laquelle le stylet peut se déplacer d'un côté à l'autre. Cette cavité, limitée en haut par une ligne droite située au niveau de l'ombilic, mesure de haut en bas 6 centimètres 1/2, à droite de l'ombilic 5 centimètres 1/2, et à gauche de l'ombilic 7 millimètres 1/2. Je propose à ce jeune

homme de pratiquer au point le plus déclive du foyer une contre-ouverture qui permettra de passer un drain et d'assurer au pus un écoulement facile; ce sera un moyen d'améliorer la situation du malade, car il est évident que dans les conditions actuelles le pus croupit dans la cavité : il suffit en effet d'exercer une pression au-dessous de l'ombilic pour faire sortir une notable quantité de pus par la fistule ombilicale. Malheureusement l'opération est refusée.

Deux ans après, ce jeune homme mourait de phthisie pulmonaire. Dans les derniers jours de sa vie, j'eus l'occasion de le voir une fois. Sa mère prétendait que, depuis quelque temps, elle avait cru remarquer dans le liquide qui s'écoulait par la fistule des matières jaunes ou brunâtres ayant un peu l'aspect de matières intestinales; mais ce fait ne m'a pas paru du tout démontré.

Obs. V. — Une femme de 50 à 55 ans m'est présentée en 1873, par un de mes collègues. Au milieu d'une santé bonne en apparence, cette femme a été prise, il y a trois semaines environ, d'une pesanteur douloureuse dans la partie inférieure du ventre, au-dessous de l'ombilic. Les douleurs n'ont pas été très-vives et il n'y a pas eu de fièvre très-prononcée.

Au moment de l'examen, je trouve une masse ovalaire occupant la région sous-ombilicale, appréciable même à la vue. A la palpation, cette tumeur se délimite bien de tous côtés, mais surtout en haut où elle s'arrête au niveau d'une ligne presque droite passant par l'ombilic. La peau qui la recouvre est intacte. Sensibilité médiocre à la pression; point de fluctuation appréciable.

Mon confrère craignait une tumeur de mauvaise nature, à marche rapide; mais quand je lui eus montré les croquis représentant les phlegmons que j'avais précédemment observés, il fut frappé comme moi de leur analogie avec la forme de la tumeur actuelle et n'hésita pas à accepter mon diagnostic de phlegmon sous-ombilical, bien que dans le cas présent l'affection eût suivi une marche assez lente.

Environ 15 jours après mon examen, cette tuméfaction disparaît complétement sans ouverture extérieure, mais à la suite de l'écoulement, par la vulve, d'un liquide de mauvaise odeur et ressemblant à du pus. Depuis lors, cette malade a joui d'une bonne santé.

Obs. VI. — L... (Marie-Louise), âgée de 6 ans 1/2, constitution chétive, tempérament lymphatique.

En décembre 1874, rougeole qui d'abord ne présente rien de particulier, mais à la suite de laquelle survient une broncho-pneumonie, plus prononcée à droite. On constate en même temps que le foie dépasse les côtes de deux travers de doigt environ. Le ventre est volumineux, ballonné; la fièvre est continue.

Ces symptômes du côté de la poitrine et du ventre ont duré pendant les mois de janvier, février et mars. Dans le courant de ce dernier mois, l'abdomen ayant diminué de volume, le médecin traitant reconnaît dans la partie inférieure du ventre une tumeur qu'il considère comme un kyste ovarique. Un chirurgien, consulté à ce moment, reste

indécis sur la nature de cette tumeur. Je vois la malade dans mon cabinet, pour la première fois, le 14 juillet 1875. La région sous-ombilicale est saillante, et lorsqu'on examine l'enfant couchée sur le dos, on sent une tumeur arrondie, qui commence au niveau de l'ombilic et se perd à quelque distance au-dessus du pubis. Cette tumeur, mate à la percussion, est immobile, semble profonde; la peau qui la couvre est intacte. Je crois sentir de la fluctuation. Une petite portion de la cicatrice ombilicale, soulevée et rouge, a l'aspect d'un bouton gros comme un petit pois. L'enfant a de la fièvre. Me fondant sur les faits antérieurs, je diagnostique un phlegmon sous-ombilical qui très-probablement s'ouvrira par l'ombilic.

Le 30 *juillet*. — Je revois la petite malade chez elle, en consultation avec MM. les Drs Rousseau et Joüon. La mère raconte que le petit bouton de l'ombilic s'est ouvert il y a 4 ou 5 jours, et qu'il en est sorti seulement une petite quantité de pus. L'exploration de la région sous-ombilicale fait reconnaître que la tumeur existe toujours, mais elle est moins tendue qu'à l'époque où je l'ai vue précédemment. Avec un stylet assez fortement courbé, introduit par la petite ouverture, il est très-facile de pénétrer dans une cavité plate d'avant en arrière, qui de haut en bas, en se dirigeant vers le pubis, mesure 6 centimètres, et dont les dimensions transversales sont également de 6 centimètres, car, de chaque côté de l'ombilic, le stylet s'enfonce directement en dehors dans une étendue de 3 centimètres. Pendant ces explorations, et surtout en pressant sur le foyer, on fait sortir une certaine quantité de pus un peu clair, n'ayant pas d'odeur particulière et surtout rien qui rappelle l'odeur intestinale. La fièvre persiste toujours (130 à 140 pulsations); l'enfant est maigre et pâle, mais elle souffre fort peu.

Pendant deux mois et demi, on se borne à maintenir dans la fistule ombilicale un drain destiné à favoriser l'écoulement du pus. Malgré cela, à plusieurs reprises le pus offre une mauvaise odeur, et la fièvre, qui a cessé d'être continue, revient de temps à autre.

A la fin de cette période, le 12 octobre, le foyer offre encore 5 centimètres de haut en bas, et 45 à 48 millimètres de dimension transversale au niveau de l'ombilic. Ainsi donc il a peu diminué; aussi la mère de l'enfant accepte facilement la proposition d'une contre-ouverture à la partie inférieure de la cavité.

Cette petite opération est faite le 16 octobre. L'enfant étant endormie avec le chloroforme, une sonde cannelée recourbée est introduite par la fistule jusqu'au point le plus déclive de la cavité. On peut sentir, quoique avec peine, le bec de cette sonde à travers les parois abdominales; à son niveau, je fais une incision verticale de 2 centimètres 1/2 qui comprend successivement la peau, la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée et l'aponévrose abdominale. Un drain en forme d'anse est placé dans le foyer. Le milieu de la petite incision, et par conséquent le point inférieur de la loge, se trouve situé à 5 centimètres de l'ombilic et à 4 centimètres du bord supérieur de la symphyse.

Le 26 *novembre*. — La suppuration étant presque nulle et la cavité de l'abcès, explorée avec le stylet, paraissant réduite à l'état de simple

trajet fistuleux parcouru par le drain, on enlève ce dernier et l'on fait chaque jour dans le trajet des injections avec la teinture d'iode étendue de deux parties d'eau. Le 24 décembre les injections pénètrent à peine et sont interrompues. Le 8 janvier 1876, un petit bourgeon charnu de l'ombilic est cautérisé avec l'acide chromique. La croûte qui succède à cette cautérisation se détache le 17.

Le 3 *février* 1876. — L'enfant est guérie de son phlegmon.

Mais cette petite fille, toujours chétive, reste sujette à des bronchites et à des diarrhées presque continuelles, qui détériorent profondément sa santé et finissent par entraîner la mort, le 18 février 1877. Je dois ajouter que jamais, dans les garde-robes, on n'a remarqué de traces de pus; et que d'un autre côté la région sous-ombilicale, depuis l'opération jusqu'à la mort, n'a plus rien présenté de particulier.

Les 6 observations qui précèdent, étant, comme je l'ai dit, les seuls matériaux que je possède sur le phlegmon sous-ombilical, vont me servir de base pour tracer les caractères généraux de cette affection.

Etiologie. — Tous les âges ont fourni leur contingent au phlegmon sous-ombilical : la plus jeune des malades avait 6 ans 1/2, la plus âgée 50 à 55 ans; trois autres sujets se trouvent compris entre 25 et 35 ans; un malade enfin, âgé de 17 ans au moment où il fut observé, faisait remonter le début de son affection à l'âge de 7 ans.

Les deux sexes sont représentés en nombre égal : trois faits appartenant au sexe masculin, trois également au sexe féminin.

C'est rarement dans un état de santé parfaite que se montre le phlegmon sous-ombilical, et en cela il ne diffère point de ce que l'on observe dans les autres phlegmons de la paroi abdominale. Ainsi, trois fois au moins, il existait un état morbide ou physiologique antérieur qui a pu jouer un certain rôle dans le développement des accidents. Chez la malade de l'observation II, il y avait eu un accouchement trois semaines auparavant; dans l'observation III, c'est dans le cours d'une pleurésie, peu grave du reste, qu'a débuté le phlegmon sous-ombilical; dans l'observation VI, celui-ci s'est montré à la suite d'une rougeole, en même temps qu'une broncho-pneumonie grave avec engorgement du foie. Parmi les autres malades, celui de l'observation I était en puissance de syphilis (période secondaire); un autre (obs. IV) prétendait que le phlegmon était survenu à la fin d'une fièvre typhoïde grave. Mais comme chez ce sujet, âgé de 17 ans et porteur d'une fistule ombilicale permanente, les accidents remontaient à dix années, il était difficile de déterminer si les symptômes éprouvés au début étaient véritablement dus à une fièvre typhoïde, ou bien si l'on ne devait pas les attribuer au phlegmon lui-même. Il resterait donc une seule

malade (Obs. V) chez laquelle la santé ne semblait rien laisser à désirer.

Symptomes. — Je passerai rapidement sur les symptômes communs à tous les phlegmons profonds de la paroi abdominale antérieure, parce qu'ils sont bien connus et n'offrent ici rien de très spécial ; je m'attacherai surtout à décrire ce que le phlegmon sous-ombilical a de plus particulier.

Le début peut être rapide et même brusque, ou au contraire lent et peu accusé ; et ces tendances se continuent pendant toute la durée du mal, ce qui conduit à en distinguer deux formes : l'une aiguë, l'autre subaiguë. La distinction de ces deux variétés a son importance, la forme subaiguë pouvant, à cause du peu d'intensité des symptômes phlegmasiques, donner lieu à des erreurs de diagnostic et faire croire à des affections organiques variées. Comme fréquence relative, je dirai que dans mes observations la forme aiguë s'est présentée quatre fois et la forme subaiguë deux fois.

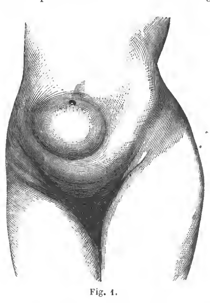


Fig. 1.

Quand la maladie suit une marche rapide, elle ne diffère pas sensiblement, comme appareil symptomatique primordial, de ce que l'on observe dans toute inflammation aiguë : douleur vive, sensibilité de la région, fièvre, tendance à la constipation, quelquefois vomissements glaireux ou bilieux, urines rares, etc. Je dois faire remarquer cependant que, dans tous les cas qu'il m'a été donné d'observer, jamais les accidents locaux et généraux n'ont offert cette intensité, cette violence mentionnées dans la plupart des

observations de phlegmons profonds de la paroi abdominole antérieure.

Mais un point essentiel c'est l'apparition, dans la région sous-ombilicale, peu de jours après le début des accidents d'une tumeur inflammatoire dont le siége, la forme et les caractères sont bien définis.

Quelquefois le gonflement est appréciable même à la vue et se présente comme une tuméfaction ovalaire, large, peu saillante, se confondant insensiblement par son pourtour avec les parties voisines (*Voy.* fig. 1).

Mais la palpation donne des renseignements beaucoup plus précis. On trouve sous la main une tumeur qui commence, en haut, exactement au niveau de l'ombilic; on peut la suivre en bas à une distance variable: soit au milieu de l'espace compris entre et l'ombilic et le pubis, soit jusqu'au tiers inférieur de cet espace. Elle forme une masse elliptique, à angles et à bords arrondis, dont la base, très-facile à délimiter, est dirigée en haut, et occupe le trajet d'une ligne transversale qui affleure l'ombilic. Les bords latéraux sont également très-nets. Quant au sommet de la courbe, tournée en bas, il semble s'enfoncer dans le bassin et il est plus difficile d'en déterminer les contours.

Le diamètre de la tumeur peut varier, aussi bien en travers que de haut en bas, eetre 6 et 10 centimètres. Le minimum de ces dimensions a été rencontré chez la malade la plus jeune (6 ans 1/2), et l'on peut dire, d'une façon générale, que le volume de la tumeur est proportionnel au développement du sujet.

Quand on la saisit d'un côté à l'autre, on trouve cette masse immobile. Au début et pendant quelques jours au moins, parfois pendant quelques semaines, la peau sus-jacente reste intacte : sa couleur est normale, on peut la soulever, la déplacer à la surface de la tumeur. La percussion donne un son mat dans toute l'étendue de l'engorgement.

La consistance de la tumeur est ferme au début, mais après quelques jours, il devient possible de reconnaître une flutuation profonde.

Dans tous les cas aigus, les douleurs, continues, avec exacerbations passagères, sont accrues par les moindres mouvements, tels que la toux, la respiration et même l'action de soulever la tête; aussi, à cette période, l'exploration de la tumeur n'est pas toujours facile. Dans les cas subaigus, au contraire, la douleur n'est point assez forte pour empêcher les malades de marcher et de faire d'assez longues promenades.

Lorsque la suppuration s'établit (et jusqu'ici cette solution a été constante), la tumeur, qui au début soulevait à peine les parois

abdominales, tend à faire une saillie plus marquée, parfois très-appréciables à la vue, prononcée surtout à 2 à 3 travers de doigt au dessous de l'ombilic, vers la ligne médiane. Quelquefois à ce moment (Obs. IV et VI), la cicatrice ombilicale rougit,une petite partie de sa surface se soulève sous forme d'un bouton qni se perfore et devient le siége d'un écoulement de pus. Dans d'autres cas,ainsi que nous le dirons plus loin, l'ouverture spontanée s'est faite ailleurs ou bien l'abcès a été ouvert.

La quantité de pus contenu dans le foyer est assez variable. Chez la petite fille de 6 ans 1/2 dont l'ombilic s'est perforé et au sujet de laquelle la mère a pu fournir tous les renseignements désirables, il ne s'est d'abord écoulé que très-peu de pus, à peine deux cuillerées à café, dit-on ; et si les jours suivants l'introduction d'un stylet favorisait l'issue de ce liquide, rendue difficile par l'étroitesse de l'orifice fistuleux, la totalité du pus évacué n'a pas été bien considérable. Dans le fait où le pus m'a semblé le plus abondant, j'ai évalué à 120 ou 150 grammes la quantité qui s'est écoulée au moment de l'incision. Ses qualités le rapprochent parfois du pus dit phlegmoneux; d'autres fois il est un peu clair. Jamais des gaz ne se sont échappés au moment de l'ouverture du foyer. Presque toujours le liquide avait une odeur forte, une fois il était même fétide; mais jamais je ne lui ai trouvé l'odeur fécaloïde signalée dans certains cas d'abcès sous-péritonéaux par Dance, Velpeau, M. Bernutz, etc.

Dès que le pus s'est écoulé, la tumeur s'affaisse au point qu'on ne trouve plus, comme vestiges de son existence, que des indurations médiocres occupant sa phériphérie et souvent peu manifeste sans doute à cause de leur profondeur.

L'ouverture du foyer permet d'explorer avec un stylet de trousse la forme et les dimensions de la cavité de l'abcès. Or, dans 4 cas où j'ai pu faire cette exploratiou (2 fois à la suite d'ouverture artificielle pratiquée au-dessous de la cicatrice ombilicale), les resultats ont été si concordants qu'il est impossible de ne pas en être frappé. Si l'orifice est étroit, quand par exemple il provient d'une ouverture spontanée au niveau de l'ombilic, le stylet droit se trouve promptement arrêté contre la paroi postérieure de la cavité. Pour pénétrer librement, il faut courber assez fortement la tige du stylet, et l'on s'aperçoit alors que l'on arrive dans une sorte de loge ou de cavité *aplatie* d'avant en arrière, ayant une forme à peu près demi-elliptique, comme la tumeur à laquelle elle a succédé. Sa base, représentée par une ligne presque droite, est située au niveau de l'ombilic même et s'étend à égale distance à droite et à gauche de cette cicatrice ; la courbe demi-elliptique s'enfonce vers l'hypogastre à une profondeur plus ou moins grande, mais je ne l'ai jamais

vue s'avancer jusqu'au pubis, dont elle reste distante de 3 ou 4 centimètres au moins.

Quant aux dimensions de cette cavité, voici les limites extrêmes que j'ai rencontrées, l'ombilic étant pris comme point de départ. Chez la petite fille de 6 ans et demi, le stylet dirigé en bas, vers le pubis, s'avançait à 6 centimètres, et des deux côtés de l'ombilic, pris comme centre, l'instrument explorateur s'enfonçait *directement en dehors* à 3 centimètres, soit à droite, soit à gauche. De sorte que les dimensions relatives à ces mesures et leur disposition pourraient être figurées par un T dont les lignes verticale et horizontale auraient une même longueur. Et comme chez cette enfant, la distance comprise entre l'ombilic et le bord supérieur de la symphyse était de 9 centimètres, il en résulte que le foyer occupait les deux tiers supérieurs de la région.

Chez le malade où j'ai trouvé la plus grande cavité (*Voy.* fig. 2), il y avait 10 centimètres de dimension verticale et cinq centimètres

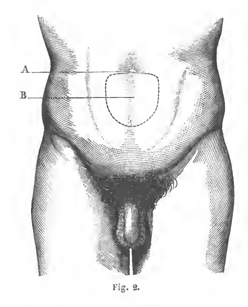


Fig. 2.

à gauche et à droite de l'ombilic, ce qui par conséquent donnait également 10 centimètres de dimension transversale au niveau de l'ombilic. Ce sujet, offrant 14 centimètres de l'ombilic au bord supérieur de la symphyse, avait donc une cavité d'abcès qui représente un peu plus des deux tiers de la hauteur totale de cette région.

La symétrie, remarquable dans ces 2 faits, n'était pas aussi complète chez un troisième malade où j'ai noté, à partir de l'om-

bilic : de haut en bas, 6 centimètres ; à droite de l'ombilic 5 centimètres et demi ; à gauche, 7 centimètres et demi.

Les symptômes généraux ne doivent pas nous arrêter parce qu'ils n'ont rien offert de très-particulier. Ils n'ont pas eu la violence que M. Bernutz a notée dans la plupart des phlegmons sous-péritonéaux. Dans les deux cas subaigus que j'ai rencontrés, les malades étaient si peu souffrants qu'ils ont pu sortir sans trop de fatigue, ce qui éloignait l'idée d'un phlegmon et a pu faire croire à des productions organiques.

Durée. — Dans 3 faits où la maladie avait suivi une marche aiguë, la durée, depuis le début des accidents jusqu'au moment où la fluctuation est devenue manifeste, a varié depuis 9 jusqu'à 16 ou 17 jours. Chez le malade de l'observation IV, la durée n'a pu être établie à cause de l'ancienneté du mal. Dans les deux cas où le phlegmon a suivi une marche sub aiguë, il s'est passé, pour l'une des malades, 4 à 5 semaines avant que le foyer se soit évacué, et pour l'autre près de cinq mois (Obs. VI).

Terminaisons. — Dans les 6 observations, la phlegmasie s'est terminée par suppuration. Quatre fois le pus s'est fait jour de lui-même, deux fois une ouverture a été pratiquée à l'aide du bistouri.

En ce qui concerne l'évacuation spontanée, deux fois elle s'est produite par la partie inférieure de la cicatrice ombilicale, une fois vers le milieu de la région hypogastrique, une fois enfin par les organes génitaux (probablement par le vagin). Quand un point de la peau autre que l'ombilic doit être le siége de l'ouverture spontanée, la tumeur proémine davantage à ce niveau, le tissu sous-cutané devient pâteux, enfin la peau rougit et finit par se perforer.

Chez les deux malades dont le foyer a été ouvert, j'ai fait une ponction à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et j'ai choisi ce lieu parce que la tumeur y faisait une plus forte saillie.

Chez quatre sujets (Obs. I, II, III, V) l'ouverture spontanée ou provoquée a été suivie d'une diminution rapide de la suppuration et d'une guérison prompte et complète. Au contraire, le sujet de l'observation IV portait sa fistule depuis 10 ans ; et quant à la petite fille de l'observation, comme elle n'était pas encore guérie trois mois après l'évacuation du pus, il a été nécessaire de pratiquer une contre-ouverture aux limites supérieures du foyer. Il faut remarquer que, chez ces 2 malades, l'ombilic s'était perforé, ce qui semblerait prouver le désavantage de ce mode d'ouverture ; toutefois deux faits ne sont pas suffisants pour cette proposition, d'autant plus qu'il existe dans la science plusieurs exemples de phlegmons profonds des parois abdominales qui se sont heureusement et promptement terminés après s'être ouverts par l'ombilic.

Diagnostic. — C'est quand on se place au point de vue du diagnostic que le phlegmon sous-ombilical présente le plus d'intérêt. Le siége de la tumeur, sa forme remarquable, peuvent faire penser à des affections d'une autre nature. Chez le premier malade que j'ai vu, j'ai pu croire un instant qu'il s'agissait de la vessie distendue; chez la femme de l'observation II, accouchée depuis 4 semaines, j'ai dû m'assurer que la tumeur n'était pas constituée par l'utérus, attendu qu'à un examen superficiel cette pensée venait naturellement à l'esprit. Mais quand on a reconnu, à l'aide du cathétérisme, que la vessie ne renferme pas d'urine, et quand le toucher démontre que l'utérus est petit et mobile, si d'autre part les accidents ont été assez aigus pour indiquer un travail phlegmastique manifeste, il devient impossible de conserver des doutes sur la nature de la maladie.

Lorsque l'inflammation a suivi une marche moins rapide, les difficultés peuvent être plus grandes, car l'atténuation des accidents initiaux laisse des doutes sur leur véritable signification. Dans les 2 cas subaigus que j'ai observés, des erreurs de diagnostic ont ainsi été commises par des médecins distingués. L'une des malades me fut présentée comme atteinte probablement d'une tumeur maligne à marche rapide. L'autre cas de phlegmon subaigu fut pris, par un médecin expérimenté, pour un kyste de l'ovaire; un confrère éclairé, consulté pour la même malade, resta dans l'incertitude sur la nature de la tumeur. Ici encore, si je n'avais eu pour moi l'expérience des faits antérieurs, j'aurais été fort indécis, tandis que les caractères que je retrouvai chez cette dernière malade me permirent de me prononcer en toute assurance.

Les caractères du phlegmon sous-ombilical sont tels en effet que, lorsqu'on les a bien observés une fois, il est impossible de les méconnaître. Après des symptômes inflammatoires qui sont parfois, il est vrai, assez légers, mais qu'on peut toujours retrouver dans les antécédents du malade, se montre une tumeur ovalaire qui occupe la partie inférieure de l'abdomen, depuis l'ombilic jusque vers le tiers inférieur de l'hypogastre. Cette tumeur, parfaitement médiane et symétrique, a sa base dirigée en haut, au niveau d'une ligne transversale passant par l'ombilic. Cette base est représentée par une ligne à peu près droite; la partie inférieure de la tumeur est figurée presque exactement par une ligne courbe régulière qui donne à l'ensemble de la tumeur la forme d'une demi-ellipse. Je reviens sur tous ces caractères, parce qu'ils ont une importance capitale.

Les phlegmons profonds de la paroi abdominale antérieure décrits successivement par Dance, Bricheteau, M. Bernutz et beau-

coup d'autres, et dont on trouve, en dehors des mémoires publiés par ces auteurs, un grand nombre d'exemples disséminés dans la littérature médicale, ne sauraient être confondus avec le phlegmon sous-ombilical, car ils n'ont pas la même apparence. Dans les cas dont je m'occupe, d'emblée la tumeur présente, en largeur surtout, toute l'étendue qu'elle doit avoir dans la suite, ce qui n'a pas lieu pour les phlegmons ordinaires, qui s'étendent de proche en proche et dont les dimensions ne sauraient être indiquées d'avance, même d'une manière approximative. De plus, dans ce que j'appelle phlegmon sous-ombilical, la forme de la tumeur est remarquablement symétrique, à peu de chose près toujours la même, et l'engorgement occupe la ligne médiane. Or il est à remarquer que les phlegmons vulgaires, sous-péritonéaux de la paroi abdominale antérieure sont rarement médians et ne sont jamais complétement symétriques. Presque toujours ils occupent l'un ou l'autre côté du ventre; et, dans les quelques circonstances où les phlegmons décrits par les auteurs occupent la partie moyenne de l'abdomen, il est toujours dit que la tumeur s'étend vers l'une des fosses iliaques.

Un point de diagnostic délicat consiste dans la distinction à établir entre le phlegmon sous-ombilical et le phlegmon développé dans la cavité prépéritonéale de Retzius. Des 4 observations relatées par M. C. Paul, dans son travail cité plus haut, 2 sont empruntées aux *Archives de Virchow,* les 2 autres sont personnelles. Dans la première de toutes, due au professeur Wenzel Gruber, de Saint-Pétersbourg, il est dit que la tumeur ressemblait à la vessie distendue. Mais on dit également en propres termes que la tumeur s'était montrée *au-dessus de la symphyse;* et les détails donnés sur l'autopsie prouvent que la suppuration occupait le tissu connectif qui environne la vessie et qu'elle était loin de s'étendre jusqu'à l'ombilic. La seconde observation, recueillie également à Saint-Pétersbourg, s'éloigne encore beaucoup plus des miennes, puisqu'il s'agit d'un abcès de la région ano-périnéale, avec décollements se prolongeant en arrière et au-dessus de la vessie. Les 2 autres observations ont été recueillies par M. C. Paul lui-même, dans les hôpitaux de Paris. L'un des faits est relatif à une jeune fille qui présentait à l'hypogastre une tumeur qui faisait croire au premier abord à une vessie distendue par l'urine. La poche se rompit dans le péritoine et la malade succomba. Malheureusement, M. C. Paul ne put assister à l'autopsie. Ici l'on ne dit pas très-exactement le siége occupé par le phlegmon; mais comme on parle de la région hypogastrique et qu'il n'est pas fait mention que la tumeur s'élevât jusqu'à l'ombilic, il est probable que l'engorgement était véritablement sus-pubien. Dans le dernier

cas enfin, M. C. Paul parle d'un homme de 31 ans chez lequel, au déclin d'une fièvre typhoïde, survint dans l'hypogastre une tumeur que l'on prit encore pour la vessie, et, comme dans le cas précédent, le cathétérisme fit reconnaître l'erreur. Ici encore on ne mentionne pas à quelle hauteur s'élevait la tuméfaction ; mais il est évident qu'elle était située au bas de la région, car l'incision faite pour évacuer le pus fut pratiquée à 4 ou 5 centimètres au-dessus du pubis. Or, si le phlegmon sous-ombilical s'avance jusqu'à cette limite inférieure, c'est néanmoins toujours en haut, très-près de l'ombilic, que la tumeur est plus marquée, la fluctuation plus manifeste, et que l'on se trouve conduit à ouvrir le foyer. Ajoutons que, dans le fait de M. Paul, il sortit immédiatement une *énorme* quantité de pus. Ces deux circonstances, déclivité du foyer, abondance de son contenu, tendent à prouver qu'en effet la collection occupait la cavité prépéritonéale ; tandis que dans mes observations la situation élevée du foyer et la quantité relativement peu considérable du pus sont à noter. Dans les suppurations de la cavité prépéritonéale de Retzius, l'accroissement de la tumeur se fait de bas en haut ; dans le phlegmon sous-ombilical, l'engorgement occupe d'emblée un siége élevé et ses limites inférieures sont loin d'atteindre la symphyse. Il convient de noter également la haute gravité que paraissent avoir les phlegmons de la cavité prépéritonéale : les trois premiers malades ont succombé ; et, quant au quatrième, son observation inachevée se termine par ces mots : « on est très-inquiet sur l'issue de sa maladie. » 3 morts au moins sur 4 malades, tel est le triste bilan fourni par l'inflammation de la cavité de Retzius.

Aux faits cités par M. C. Paul, on en peut, je crois, ajouter deux autres qui semblent se rattacher à l'inflammation de la cavité prépéritonéale. J'en donne le résumé, afin de prouver qu'ils n'appartiennent pas au phlegmon sous-ombilical.

L'un d'eux a été publié par M. Marrotte [1] : il s'agit d'une fille de 23 ans qui, six semaines après un accouchement, présenta des signes de pelvi-péritonite ; deux mois après, douleurs dans la fosse iliaque gauche, où l'on sent une tumeur. C'est seulement un an plus tard que le phlegmon prend tout son développement : « La région hypogastrique est proéminente et tendue, occupée par « une tumeur arrondie qui a la forme et le siége de l'utérus au « cinquième mois de la gestation. Au niveau de l'ombilic, on sent « la partie supérieure de la tumeur arrondie et fluctuante ; même « sensation sur le côté droit. *A gauche, au lieu de cette délimita-* « *tion exacte, empâtement de la fosse iliaque allant se confondre*

[1] *Union médicale*, 2 juin 1864.

avec la tumeur hypogastrique. » Je souligne cette dernière phrase, qui prouve que le phlegmon a débuté par l'une des fosses iliaques, et que l'envahissement de la région médiane a été seulement consécutif.

J'emprunte l'autre fait à la thèse de M. Vaussy [1]. En voici le résumé : jeune garçon de 11 ans, traité dans le service de M. Cadet de Gassicourt. La tumeur s'étend depuis l'ombilic jusqu'au pubis; dépasse à gauche la ligne médiane de 5 centimètres, et s'étend à droite jusqu'à la crête iliaque d'une part et jusqu'au ligament de Fallope d'autre part. Malgré son insymétrie, on dit qu'elle rappelle la forme de la vessie énormément distendue par l'urine. Par une ouverture pratiquée au-dessous de l'ombilic, il sortit une *énorme* quantité de pus.

Ces observations présentent deux particularités dignes d'être mentionnées : d'une part l'insymétrie de la tumeur, d'autre part l'énorme quantité de pus évacué.

Quand le phlegmon sous-ombilical a donné lieu à une fistule ombilicale, on peut avoir, pour le diagnostic, à se demander si la collection purulente qui s'est ouverte par l'ombilic provient du foie, du péritoine (péritonite diffuse ou circonscrite), d'une perforation intestinale avec adhérences protectrices ayant empêché les matières de s'épancher dans le péritoine, ou enfin d'un phlegmon profond de l'abdomen rentrant dans le cadre décrit par les auteurs classiques. L'étude des symptômes antérieurs, la nature du liquide qui s'écoule par l'ombilic, sa quantité, sont déjà de nature à mettre souvent sur la voie du point de départ de la maladie. Lorsque la quantité de pus qui s'est écoulé au moment de la perforation a été très-considérable, il y a lieu de supposer que le liquide provenait du péritoine, ou d'une de ces vastes collections purulentes qui, nées dans l'épaisseur du ligament large ou à la face profonde des parois latérales et inférieures de l'abdomen, remontent parfois jusqu'à l'ombilic et le perforent.

Mais c'est surtout l'exploration du trajet fistuleux qui pourra permettre de se prononcer sur la cause qui lui a donné naissance. Dans les différents cas que j'ai cités, le trajet est plus ou moins étroit, ou du moins s'il présente une certaine largeur, il est inégal, insymétrique ; il peut même suivre une direction tout autre que celle indiquée pour le phlegmon sous-ombilical. Au contraire, quand ce dernier laisse une fistule ombilicale, si l'on prend soin de sonder avec un stylet courbe la direction et les dimensions de la fistule, on retrouve, même après un long temps, la cavité du oyer purulent qui s'est maintenue avec sa forme aplatie, demi-

[1] Vaussy, *loc. cit.*, obs. II.

elliptique, et qui a conservé, à peu de chose près, ses dimensions primitives. Ce fait, je l'ai constaté chez le malade dont la fistule datait de dix ans et chez lequel la cavité de l'abcès n'avait point perdu ses caractères. La symétrie mentionnée plus haut n'était pas, il est vrai, aussi complète dans ce cas particulier que dans les autres; mais les irrégularités du foyer, légères en réalité, n'avaient pas lieu d'étonner si l'on prenait en considération la longue durée du mal, et, dans son ensemble, la cavité avait bien conservé la forme signalée chez tous les malades. Quand la fistule de l'ombilic reconnaît une autre cause, les caractères sont si différents qu'il est impossible de s'y méprendre. Je citerai comme exemple un fait dans lequel la fistule ombilicale avait évidemment pour origine une perforation intestinale.

Obs. — Une petite fille de 11 ans 1/2, Joséphine H..., m'est présentée le 16 juin 1875. Elle a été atteinte, dit sa mère, il y a 3 ans 1/2, d'une fièvre typhoïde qui a été soignée par mon collègue le Dr Trastour. Les principaux symptômes présentés par l'enfant auraient été les suivants : fièvre forte, vomissements, pas de diarrhée notable, délire intense. La jeune malade est restée six semaines au lit; ses cheveux ont tous tombé, l'épiderme des pieds s'est détaché L'enfant était convalescente, mais encore faible, lorsque trois mois après l'établissement de la convalescence, il s'est formé un abcès au-dessous du nombril : la collection, qui formait un gonflemement large, offrait peu de sensibilité; après 5 ou 6 jours, il s'est fait une ouverture *au-dessus* de l'ombilic, à 1 centimètre environ de cette cicatrice, et il est sorti à peu près les deux tiers d'un verre de pus. Depuis lors, l'écoulement a été continuel. Parfois cependant (au moins une ou deux fois par mois) l'ouverture se bouche et reste fermée pendant 2 ou 3 jours : il en résulte de la souffrance, de l'anorexie; mais le trajet se rouvre, une notable quantité de pus s'écoule et les accidents se calment de suite. Les urines sont normales, les selles régulières; jamais de diarrhée; jamais on n'y a remarqué la présence du pus. Cependant deux faits tendent à prouver la communication de l'intestin avec le trajet fistuleux : il y a 2 ans, il est sorti par l'orifice de la fistule un ascaride lombricoïde que la mère a vu engagé encore dans cet orifice, et qu'elle a elle-même attiré au dehors; l'animal était vivant. Enfin, la veille du jour où j'ai observé l'enfant, il est sorti par l'ouverture un liquide brun, filant, auquel la mère de la petite malade a cru trouver l'odeur de matières fécales. Ces deux circonstances différencient ce fait de ceux où l'on a affaire au véritable phlegmon sous-ombilical; mais l'exploration du trajet fournit des renseignements encore plus précis : si l'on introduit un stylet par l'ouverture fistuleuse pour délimiter la cavité dans laquelle elle donne accès, on ne trouve point cette loge demi-elliptique à base supérieure dont j'ai parlé; chez cette malade, on ne peut en effet diriger le stylet directement à droite et à gauche de l'ombilic, suivant une ligne transversale; l'instrument s'introduit en bas et dehors, soit à

droite, soit à gauche, de la ligne médiane, en sorte que la cavité où il pénètre présente la forme d'un triangle irrégulier à sommet supérieur. Les proportions de cette cavité n'ont également rien de commun avec celles que nous avons notées dans le phlegmon sous-ombilical; la dimension verticale est de 7 centimètres et demi, la ligne oblique gauche ne donne que 4 centimètres et demi à 5 centimètres, tandis que la ligne oblique droite est de 9 centimètres et demi, semblant indiquer que le point de départ réel a bien été le voisinage de la valvule iléocœcale, là où la perforation de l'intestin a pu et dû se produire.

A tous les points de vue, mais surtout en ce qui concerne la forme et les dimensions du trajet fistuleux, cette observation est instructive, car elle montre l'importance que l'on doit attacher aux caractères de la cavité dans la maladie que nous décrivons.

Siége probable du phlegmon sous-ombilical. — La forme symétrique de la tumeur, toujours la même dans les différents cas; les dimensions à peu près constantes du foyer, proportionnelles au développement des sujets; l'extension que prend de suite la tumeur dans une étendue qui restera à peu de chose près la même pendant toute la durée de la maladie; voilà trois considérations qui m'ont vivement frappé et m'ont fait penser qu'il pouvait exister au-dessous de l'ombilic, *chez certains sujets du moins*, une cavité naturelle, dont l'inflammation donnerait lieu à la maladie que j'ai observée. N'ayant pas connaissance que rien de semblable ait jamais été décrit dans cette région, j'ai prié mon collègue et ami le Dr Joüon, professeur d'anatomie à l'École de médecine de Nantes, de vouloir bien faire quelques recherches dans le but d'élucider cette question. Je transcris la note qu'il m'a remise à ce sujet et qui prouve que, s'il n'existe point de cavité proprement dite, on trouve chez quelques sujets une disposition des feuillets aponévrotiques pouvant fort bien rendre compte de la forme et des dimensions du foyer.

« Au-dessous de l'ombilic, le péritoine est séparé de la face pos-
« térieure de la ligne blanche par un espace plus ou moins étendu
« d'avant en arrière, suivant l'état d'embonpoint des sujets, et qui
« renferme une pelote de graisse dans laquelle s'éparpillent les ex-
« trémités terminales des artères ombilicales et de l'ouraque. Cet
« espace reproduit partiellement la disposition du trajet ombilical
« qui conduit la veine ombilicale à l'anneau, et on peut lui recon-
« naître les limites suivantes :

« *En haut*, cicatrice ombilicale sur laquelle se terminent les ar-
« tères du même nom et l'ouraque. On peut-y voir chez presque
« tous les sujets des filaments fibreux émanés de ces conduits et
« se continuant directement avec le cordon de la veine ombilicale.

« *En avant*, face postérieure de la ligne blanche.

« *En arrière*, péritoine doublé d'une lamelle fibreuse transversale « qui est l'analogue atténuée du *fascia transversalis umbilicalis* « décrit par Vidal et Richet au-dessus de l'ombilic derrière la veine « ombilicale. Cette lamelle est très-mince, mais elle existe réelle- « ment et renforce le tissu sous-péritonéeal. On peut l'isoler du « péritoine sur la ligne médiane.

« *Sur les côtés*, ligne verticale formée par l'adhérence de ce *fascia* « *transversalis infra-umbilicalis* à la gaine postérieure du muscle « droit. Chose curieuse! Richet écrit: « Il n'existe pour les artères « ombilicales et l'ouraque aucune disposition analogue à celle que « je viens de signaler pour la veine. Non-seulement, en effet, ces « organes sont collées à la paroi abdominale par le péritoine réduit « à son feuillet séreux, mais encore il n'y a plus de gouttières « des muscles droits... etc. ; et il donne en même temps une figure « de la ligne blanche vue par derrière, dans laquelle on a dessiné « très-nettement cette adhérence du fascia transversalis médian à « la gaîne des muscles droits dans une étendue de *plusieurs cen-* « *timètres* au-dessous de l'ombilic. Cette adhérence cesse en effet « un peu au-dessus de la terminaison de la gaîne postérieure du « muscle droit; de sorte que la hauteur de tout cet espace ne dé- « passe guère 4 à 5 centimètres.

« En bas, il n'existe aucune limite arrêtée. Le tissu cellulo-grais- « seux se continue sans interruption de l'ombilic à la vessie le « long des artères ombilicales et de l'ouraque. »

J'ajoute que cette loge, qu'on pourrait appeler *sous-ombilicale*, parfaitemeent délimitée des deux côtés, mesure, sur une pièce que je dois à l'obligance du Dr Joüon, une étendue transversale de 6 centimètres immédiatement au-dessous de la cicatrice ombilicale. Voilà des dimensions qui se rapprochent beaucoup de celles que j'ai trouvées chez les sujets atteints de phlegmon sous-ombilical; elles sont un peu inférieures, il est vrai, à ce que j'ai constaté sur le vivant; mais l'accumulation du pus est bien de nature à distendre et à reculer, dans une certaine mesure, les parois de la cavité.

Nous devons reconnaître que le *fascia tranversalis infra-umbilicalis* est loin de présenter, chez tous les sujets, le même degré de développement, et que parfois il se trouve réduit à quelques tractus filamenteux; mais il existe toujours à ce niveau, entre le péritoine et la paroi abdominale antérieure, un espace contenant un tissu adipeux et connectif assez lâche susceptible de s'enflammer et de suppurer.

C'est cette loge que je considère comme le siége probable du phlegmon sous-ombilical. La situation qu'elle occupe, les dimensions transversales que nous lui avons reconnues sur le cadavre, sont déjà de nature à le faire supposer. D'autres preuves peuvent

être invoquées : ce sont les différentes particularités sur lesquelles j'ai déjà plusieurs fois insisté. L'aplatissement antéro-postérieur, maintenu par les fibres du fascia infra-umbilicalis, est la cause de la faible contenance du foyer. Aussi malgré le développement apparent de la tumeur, la quantité de pus qui s'écoule est médiocre. M. Vaussy, parlant des phlegmons profonds de l'abdomen, dit que la paroi postérieure du foyer étant formée seulement par le péritoine, la collection purulente se développe surtout du côté de l'abdomen, et que l'on est surpris de la quantité de pus relativement énorme qui s'en écoule. Dans le phlegmon sous-ombilical pur, je dirais volontiers que, tout au contraire, on est le plus souvent étonné de la quantité relativement minime du pus évacué. — Nous pouvons également nous expliquer pourquoi le phlegmon sous-ombilical est parfaitement symétrique, tandis que les phlegmons sous-péritonéaux ordinaires et même ceux de la cavité de Retzius ont toujours été trouvés plus marqués d'un côté que de l'autre.

A sa partie inférieure, la loge sous-ombilicale n'est pas anatomiquement bien limitée. Comment se fait-il que le pus puisse s'y réunir en foyer bien circonscrit, sans fuser, habituellement du moins, vers les parties plus déclives?

Si nous envisageons d'une façon générale la disposition du tissu connectif sous-péritonéal dans la moitié inférieure de l'abdomen, nous remarquons que ce tissu forme une couche réellement non interrompue, en sorte que les diverses régions admises en anatomie topographique ne sont pas pourvues d'une zone sous-péritonéale indépendante. Cette disposition anatomique explique comment, dans quelques circonstances, on a pu observer une diffusion extraordinaire des collections purulentes qui s'y produisent. Mais ces faits sont rares ; et presque toujours, malgré ces conditions si favorables aux larges décollements et aux fusées purulentes, les phénomèmes inflammatoires se circonscrivent, se localisent en des points limités, en sorte que l'on trouve plus particulièrement atteints, suivant les cas, soit la région qui répond au muscle transverse (*fascia transversalis*), soit le tissu situé immédiatement au-dessus de la vessie (cavité prépéritonéale de Retzius), soit enfin le tissu connectif placé immédiatement au-dessous de l'ombilic (loge sous-ombilicale). A quelle cause devons-nous attribuer la localisation du mal ? Certainement à l'infiltration plastique qui s'effectue sur les limites de la partie primitivement enflammée, et qui oppose une barrière, le plus souvent efficace, à la propagation du travail inflammatoire. Quoi qu'il en soit, cette localisation suffit pour donner aux phlegmons de ces diverses régions des caractères particuliers, et justifie la création de variétés que l'on doit décrire isolément. Il est inutile d'ajouter que ces

localisations n'ont rien d'absolu, et qu'il est possible de rencontrer, aussi bien pour le phlegmon que pour les autres, des formes mixtes où deux régions, par exemple, peuvent se trouver envahies à la fois. Ainsi, lorsqu'on voit le phlegmon sous-ombilical s'ouvrir dans le vagin ou l'utérus, comme cela s'est produit dans notre observation V, il est évident que la collection a pris vers les parties déclives une extension plus grande qu'elle ne le fait habituellement.

En ce qui concerne le phlegmon sous-ombilical pur, nous admettons donc que, sous l'influence du processus inflammatoire, il se fait dès le début, dans le tissu connectif situé à la partie inférieure de la région, une infiltration plastique qui isole la loge sous-ombilicale et permet l'accumulation du pus dans sa cavité.

Sans doute, l'hypothèse que je présente au sujet du siége anatomique du phlegmon sous-ombilical n'est confirmée par aucune autopsie ; mais je la regarde comme assez probable pour l'accepter jusqu'à preuve contraire. La situation sous-péritonéale de l'abcès est du moins bien prouvée : je peux, en effet, rappeler cette observation dans laquelle, ayant été conduit à faire une contre-ouverture au point déclive du foyer, je dus inciser toute l'épaisseur de la paroi de l'abdomen, y compris la ligne blanche, pour pénétrer dans sa cavité.

En terminant cette discussion sur le siége anatomique probable du phlegmon sous-ombilical, je dois, pour ne rien omettre, mentionner, d'après Luschka, la présence, dans la région qui nous occupe, d'une portion de canal perméable [1]. Ce vestige de l'ouraque, que l'on trouve dans l'intérieur du ligament médian de la vessie, même chez l'adulte, est parfois muni de nombreux *diverticules* lui donnant un aspect noueux et pouvant, dit Luschka, s'étrangler et former des kystes distincts. Je regarde comme inadmissible que l'on puisse, dans cette disposition anatomique, trouver la cause du phlegmon sous-ombilical.

Pronostic. — Le pronostic du phlegmon sous-ombilical semble assez peu grave, puisque 4 malades ont guéri avec rapidité et sans aucun accident. Cependant, dans les 2 cas où l'ouverture s'est faite par l'ombilic, l'issue n'a pas été aussi favorable : chez la petite fille de 6 ans 1/2, il a fallu près de 5 mois pour arriver à la guérison de l'abcès. On n'a peut-être pas oublié que la malade a succombé 14 mois plus tard, mais à des accidents d'une autre nature. Le jeune homme chez lequel la fistule ombilicale datait de 10 ans, mourait de phthisie pulmonaire 2 ans

[1] Uber den Bace des menschlichen Harnstranges (*Virchow's Archiv*, Band 23, Helft 1).

après l'époque où je l'ai observé. Aucune personne de sa famille n'avait été atteinte de cette maladie, et l'on peut raisonnablement admettre que la suppuration interminable qui l'affaiblissait a contribué au développement de la tuberculisation pulmonaire.

Traitement. — Il est des plus simples et ne diffère pas beaucoup de celui qui est appliqué à tous les phlegmons profonds de la paroi abdominale antérieure. Le repos absolu, dans le décubitus dorsal, est la position la plus favorable pour calmer les douleurs. Au début, lorsque la maladie suit une marche franchement aiguë, les émissions sanguines locales seraient utiles chez les sujets robustes; dans tous les cas, les cataplasmes émollients, joints aux applications résolutives et en particulier à l'onguent mercuriel belladoné, sont de nature à modérer les accidents inflammatoires.

Quand la fluctuation devient manifeste, il faut livrer passage au pus. Il ne serait pas prudent, en effet, d'attendre l'ouverture spontanée, celle-ci pouvant se faire en un point défavorable, au niveau de l'ombilic par exemple. D'ailleurs l'expectation pourrait à la rigueur exposer à une rupture dans le péritoine. Sans doute cette dernière éventualité est peu probable, car dans les collections sous-péritonéales l'épaississement du péritoine, les adhérences protectrices qui s'établissent au voisinage du foyer purulent, et surtout, comme l'ont exposé Boyer, Dance et Velpeau, la pression constante que les intestins exercent sur la paroi profonde du foyer sont des obstacles qui s'opposent à la rupture dans la cavité péritonéale; toutefois cet accident ne serait pas impossible, puisqu'on l'a observé dans d'autres cas de phlegmon profond des parois abdominales.

L'ouverture faite en un lieu favorable a été très-utile et suivie d'une rapide guerison.

Quand la fluctuation est très-évidente et que la collection s'est rapprochée de la peau, il suffit d'une simple ponction assez largement faite avec le bistouri ou même avec la lancette; si au contraire le foyer paraît encore séparé de la surface par une grande épaisseur de tissus, il vaut mieux diviser ceux-ci couche par couche avec le bistouri. C'est ordinairement sur la ligne médiane que le phlegmon fait la plus grande saillie: c'est également là que l'on doit faire l'incision, et il faut lui donner une direction verticale, afin de pénétrer dans le foyer en divisant la ligne blanche. Il est presque inutile de faire remarquer qu'une mèche ou mieux un drain en caoutchouc doit être maintenu pendant quelques jours dans l'ouverture, afin de la tenir béante et de faciliter la sortie du pus.

Si l'on est appelé à traiter un sujet porteur d'une fistule intaris-

sable, permanente parce qu'elle occupe un siége défavorable, il y a lieu de pratiquer une contre-ouverture dans le point le plus déclive, afin de permettre au pus de s'écouler sans difficulté. C'est ce que je proposai au malade atteint d'une ancienne fistule et dont j'ai parlé plusieurs fois ; malheureusement il refusa toute intervention chirurgicale. C'est ce que j'ai fait avec succès dans un autre cas analogue mais bien moins ancien, chez la petite fille de 6 ans 1/2 dont le phlegmon s'était ouvert par l'ombilic (Obs. VI). La jeune malade étant soumise au chloroforme, une sonde cannelée recourbée fut introduite, par la fistule ombilicale, jusqu'au point le plus déclive du foyer. En pressant sur le pavillon de la sonde, il fut assez facile de sentir le bec de l'instrument à travers les parois abdominales ; en sorte que je pus, en incisant couche par couche tous les tissus, y compris la ligne blanche, pénétrer avec sécurité dans la cavité suppurante. Un drain placé en anse, de l'incision à l'ombilic, permit l'écoulement facile du pus et fut retiré après quelques semaines. La cicatrisation ne tarda pas à s'effectuer. Telle serait la conduite à tenir dans tous les cas analogues.

Si malgré les contre-ouvertures jugées nécessaires, la suppuration n'avait pas tendance à se tarir, il serait indiqué de faire des injections avec les liquides habituellement employés pour combattre la fétidité du pus ou modifier les parois des foyers peu disposés à la cicatrisation.

Conclusions.

1° Le phlegmon sous-ombilical est une inflammation qui se montre généralement dans le cours ou à la suite d'une autre maladie, quelquefois sans aucune cause apparente, et qui, profondément placé, occupe la région de la paroi abdominale antérieure située immédiatement au-dessous de l'ombilic.

2° Il se présente sous la forme d'une tumeur demi-elliptique dont la base, dirigée en haut, affleure la cicatrice ombilicale, tandis que le sommet de la courbe est dirigé en bas et plus ou moins distant du pubis.

3° Les caractères les plus essentiels de cette affection sont: la forme symétrique de la tumeur, sa position sur la ligne médiane et ses dimensions à peu près constantes, proportionnelles au développement du sujet.

4° Dans les cas subaigus, la forme de la tumeur et son siége peuvent faire croire à des affections non inflammatoires et conséquemment conduire à des erreurs de diagnostic.

5° Le phlegmon sous-ombilcal paraît avoir pour siége anatomique la loge aponévrotique sous-ombilicale limitée en avant par l'aponévrose de l'abdomen, en arrière par le fascia infra-umbilicalis, en

haut par les adhérences de ce fascia à la cicatrice ombilicale et sur les côtés par l'union intime du même fascia avec l'aponévrose d'enveloppe des muscles droits de l'abdomen.

Discussion.

M. Després. Je commence par témoigner toute la confiance que m'inspirent les assertions de M. Heurtaux. J'avoue cependant ne pas être convaincu par la lecture de six observations du mémoire. Il y a des abcès situés au-dessous de l'ombilic qui ne sont pas des phlegmons, tels par exemple que les hématomes musculaires signalés dans la fièvre typhoïde, la rougeole, etc.; on observe des abcès froids dans la région; hier, M. Bucquoy m'a montré chez une femme récemment accouchée un abcès qui avait pour origine un relachement de symphyses avec altération des os.

M. Horteloup. J'ai observé un phlegmon sous-ombilical qui me paraît différer comme symptomatologie de ceux qu'on nous signale. Avant que l'abcès ne s'ouvrît à l'extérieur il y eut de la rétention des matières fécales, des vomissements, et la marche de l'affection fut tellement insidieuse qu'on dut hésiter à poser le diagnostic.

M. Verneuil. La discussion ne peut guère s'engager avec fruit en ce moment, le mémoire de M. Heurtaux ne nous est pas suffisamment connu. Aussi oserai-je à peine signaler comme lacune la variété anatomique des abcès sous-ombilicaux développés dans la cavité de Retzius.

Tumeur fibreuse de la paume de la main développée dans la gaîne des tendons. — Difficultés du diagnostic. — Guérison,

par le Dr Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.

Rivière, âgé de 38 ans, tanneur, maigre, d'une constitution délicate, affecté de tic nerveux, choréiforme des muscles de la face, vit apparaître, il y a une dizaine d'années à la partie externe et inférieure de l'éminence Thénar de la main droite, en dedans du pouce, une petite grosseur du volume d'une noisette, douloureuse seulement sous l'influence d'un choc. Indolente à la pression, elle ne l'empêchait pas de se servir de sa main et de se livrer à sa profession. La tumeur augmenta insensiblement de volume, et aujourd'hui le malade se présente dans l'état suivant :

A la partie inférieure de l'éminence Thénar, on observe une tumeur du volume d'un œuf de poule se prolongeant d'une part, dans la paume de la main, et de l'autre, faisant saillie dans l'intervalle qui sépare le premier du second métacarpien. Cette tumeur est légèrement

bosselée, sans changement de couleur à la peau qui ne lui adhère pas. En la saisissant avec les doigts on ne peut lui imprimer aucun mouvement et elle paraît adhérer au premier et au deuxième métacarpien. Au niveau de sa partie la plus saillante, dans le premier espace métacarpien, elle donne une sensation de fluctuation des plus évidentes.

A la pression elle est médiocrement douloureuse, un choc y provoque une vive douleur. Les mouvements des doigts ont conservé leur intégrité. Une ponction pratiquée dans la partie fluctuante avec un petit trocart donne du sang pur.

Le lendemain 13 août 1877, je pratique l'ablation de la tumeur; préalablement le malade a été chloroformé, et une bande d'Esmarch a été appliquée sur la main et l'avant-bras.

A la suite d'une dissection assez délicate, on constate que la tumeur s'enfonce dans la paume de la main entre les tendons des fléchisseurs et la voûte ostéo-fibreuse, formée par la face palmaire du métacarpe à laquelle elle paraît adhérer assez faiblement au niveau de la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la paume de la main. La flexion de la main, sur l'avant-bras en relâchant les tendons fléchisseurs que l'on tenait écartés de la face profonde de leur gaîne facilitait le dernier temps de l'opération. Tout au fond de la plaie, en arrière des tendons des fléchisseurs, j'appliquai deux pinces hémostatiques pour arrêter l'hémorrhagie, puis la plaie fut bourrée de bourdonnets de charpie trempée dans l'alcool.

Les jours suivants le malade va bien. Il est apyrétique. La suppuration s'établit, et à chaque pansement on enlève les bourdonnets de charpie à mesure qu'ils se détachent.

Le 17 août. — Les pinces hémostatiques tombent.

Le 1er septembre. — La plaie est en voie de cicatrisation.

Le 1er octobre. — La plaie est presque fermée. Le malade a conservé la liberté des mouvements des doigts, l'index seul est légèrement fléchi, mais depuis que le malade fait usage de sa main, il remarque que l'index s'étend chaque jour de mieux en mieux.

Examen de la tumeur. — Elle présente la forme d'une poire, dont la petite extrémité était dirigée profondément derrière les tendons des fléchisseurs, et la grosse extrémité faisait saillie dans le premier espace inter-métacarpien ; sa surface est bosselée, irrégulière, et l'examen de sa petite extrémité prouve qu'elle a été complétement énucléée et qu'elle n'adhérait à la face antérieure des métacarpiens que par du tissu cellulaire. Incisée dans son plus grand diamètre, elle paraît constituée par du tissu fibreux blanchâtre, ne laissant écouler par la pression aucun liquide blanchâtre, lactescent. On remarque au niveau de la partie ponctionnée une grande cavité pleine de sang coagulé. Au-dessous une partie de la tumeur paraît formée de tissu fibreux infiltré de sang en voie de résorption.

Le diagnostic des tumeurs de la main présente souvent de grandes difficultés. Il suffit de parcourir les recueils périodiques et notamment les *Bulletins de la Société de chirurgie* pour se convaincre que l'étude de ces tumeurs est encore à faire. C'est cette considération qui m'a déterminé à publier l'observation qui précède.

Tout d'abord, avant l'opération, la nature de la tumeur n'a pu être précisée. En effet, nous avions affaire à une tumeur dont le début remontait à dix ans et qui jusqu'à ces derniers temps s'était développée très-lentement. Cette circonstance était bien faite pour éloigner l'idée d'une tumeur maligne. Dans sa partie la plus saillante et la plus sous-cutanée, la sensatian de fluctuation était si nette, si évidente, que l'on pouvait admettre l'existence d'une poche pleine de liquide, d'un kyste par exemple. Toutefois, pour m'en assurer, je pratiquai une ponction et n'obtins qu'un écoulement abondant de sang pur. Je pensai alors avoir affaire à un encéphaloïde ramolli. J'y étais d'autant plus autorisé que le père de ce malade était mort il y a 20 ans, d'un cancer de la main qui s'était généralisé. Je me préparai donc à enlever la tumeur après avoir prévenu le malade que je lui ferais peut-être l'amputation de la main, si dans le cours de l'opération je trouvais la tumeur confondue avec les os du métacarpe. Grande fut ma satisfaction lorsque je reconnus qu'elle pouvait être énucléée, qu'en aucun point elle n'adhérait au tissu osseux et qu'elle était composée de tissu fibreux. J'appelle l'attention sur ce fait que les tumeurs fibreuses peuvent se ramollir et se vasculariser au point de simuler les tumeurs encéphaloïdes, cependant l'époque du début pourra servir à les différencier.

Je ferai remarquer en terminant que la grande gaîne des fléchisseurs a été largement ouverte et que la plaie n'a donné lieu à aucun accident. Malgré la suppuration qui s'est régulièrement établie il n'y a eu aucune exfoliation de tendons, et à part un peu de raideur de l'index qui diminue chaque jour, tous les doigts ont conservé l'intégrité de leurs mouvements.

Discussion.

M Desprès. J'ai une certaine tendance à admettre une tumeur érectile des muscles. Campbell de Morgan a décrit ces tumeurs et MM. Auger et Desormeaux ont relaté de ces faits dans leur article Avant-bras du *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques.*

M. Verneuil. Un examen complet est indispensable. On distingue nettement à l'intérieur un tissu analogue à du sang coagulé et cet aspect me remet en mémoire une tumeur interdigitale que j'avais prise pour une tumeur fibreuse et qui lorsque j'en fis l'ablation donna issue à trois jets de sang artériel.

Pour en revenir aux tumeurs de la paume de la main elles ne sont pas communes ; on a cité des cas de lipomes ; j'ai enlevé au niveau de l'éminence thénar une de ces tumeurs que l'on nommait autrefois colloïdes, les myxomes d'aujourd'hui.

Je crois qu'en recherchant les faits on arriverait à démontrer que

les tumeurs situées à la main et procédant d'une altération du tissu conjonctif ne sont pas très-rares.

M. Notta. Ce qui doit éloigner l'idée d'une tumeur érectile, c'est que j'ai observé le malade il y a 10 ans et que déjà à cette époque la tumeur était dure, sans battements. Plus tard survinrent des élancements mais aucune pulsation appréciable. La sensation que j'éprouvais avant l'opération était celle que donne un kyste distendu, mais après une ponction restée inutile je pensai à un encéphaloïde.

M. Tillaux. Etant interne de Nélaton j'ai vu prendre un anévrysme de l'avant-bras pour une tumeur fibreuse, mais ici l'erreur n'est pas possible; nous avons affaire à une tumeur fibreuse contenant un noyau sanguin.

La pièce est renvoyée à une commission composée de MM. Tillaux, Desprès; Houël, rapporteur.

Myxo-chondrome du fémur. — Désarticulation de la hanche

(observation rédigée d'après les notes de M. Walsdorf, interne provisoire),

par M. Ledentu.

Le 1er octobre de cette année entrait dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine une femme de 52 ans, Honorine B..., ancienne concierge. La maladie à l'occasion de laquelle elle réclame mes soins est une tumeur volumineuse occupant la partie inférieure de la cuisse gauche et dont voici les principaux caractères.

Cette tumeur est sphérique, principalement en dedans, là où existerait normalement le condyle interne du fémur auquel elle s'est substituée. En dehors elle se confond intérieurement avec le fémur et se prolonge par en haut en une extrémité de moins en moins volumineuse qui fait corps avec l'os et dont il serait fort difficile de préciser les limites. Cependant la tumeur ne semble guère avoir envahi que les deux cinquièmes inférieurs du fémur.

Mais ce qui rend malaisée la détermination rigoureuse du point où s'arrête le tissu morbide, c'est d'une part une induration manifeste des parties molles, muscles compris, autour du fémur et au voisinage de la tumeur, d'autre part la tuméfaction de l'os lui-même dont le volume est certainement supérieur à celui du fémur droit.

Il résulte de ces premières indications que la tumeur dépend bien du fémur, que ce dernier offre une augmentation de volume qui ne peut s'expliquer que par l'influence directe ou indirecte de la tumeur, par la propagation du tissu morbide à la moelle et au canal médullaire ou par une inflammation chronique du tissu osseux et

de la moelle, inflammation à laquelle peut se rattacher également l'induration des parties molles et l'augmentation de volume du membre inférieur droit tout entier par rapport à l'autre.

Voici des chiffres qui parleront à l'esprit plus que toutes les descriptions. La circonférence de la tumeur recouverte des téguments et prise au niveau du point culminant, est de 64 centimètres. Celle de la cuisse du côté malade, vers son milieu, est de 41 centimètres, tandis que la cuisse droite n'a que 36 centimètres de tour. 5 centimètres en plus constituaient un écart important qui s'explique par l'augmentation de volume du fémur et des parties molles, sans que celles-ci soient le siége d'un œdème reconnaissable à ses caractères ordinaires.

La jambe est un peu subluxée en arrière et en dehors sur la cuisse; mais le tibia paraît sain ainsi que l'articulation du genou; cette dernière a conservé une partie de ses mouvements et n'offre d'anormal que la présence d'un peu de liquide dans le cul-de-sac externe de la synoviale.

Il était donc permis d'affirmer, après l'analyse des principaux signes objectifs, que le tissu morbide s'était développé dans le condyle interne du fémur; mais quelle en était la nature ?

A cette question la réponse était moins facile. Les caractères suivants pouvaient cependant mettre sur la voie d'un diagnostic aussi rigoureux que possible.

La tumeur était régulièrement globuleuse; pas de bosselures, pas de sillons à la surface. Seulement par places des inégalités de consistance qui se traduisaient par de la mollesse ou une certaine dureté, n'allant nulle part jusqu'à la résistance spéciale de certains chondromes ou des tumeurs calcifiées ou de nature quelconque. La sensation dominante, était celle de l'élasticité, modifiée suivant les points par du ramollissement ou par une fermeté plus grande. Ce n'était ni la pseudo-fluctuation des sarcomes mous, ni la rénitence spéciale du cartilage pathologique; mais bien quelque chose d'intermédiaire à ces deux modes de consistance, qui pouvait bien s'expliquer par le développement de la masse au milieu du tissu osseux sans qu'on fût pour cela autorisé à rejeter d'emblée hors du cercle des diagnostics possibles ni le chondrome, ni le sarcome. Néanmoins je penchai tout d'abord vers le sarcome, et ce fut après quelques jours de réflexion et d'observation que je revins vers le chondrome; si bien qu'au moment d'opérer j'annonçai à ceux qui m'entouraient que je ne serais pas du tout étonné de trouver la tumeur formée par du tissu cartilagineux.

La marche du mal n'offrait d'ailleurs au diagnostic que des données incertaines. Le début remontait au commencement de

l'année 1873 et avait été signalé par de vives douleurs dont le foyer correspondait au condyle interne du genou. Elles paraissent avoir été amendées pour quelque temps par l'iodure de potassium à l'intérieur, mais bien plutôt encore par des vésicatoires volants; ce ne fut que pour recommencer plus tard avec une nouvelle intensité.

Alors vers la fin de 1874 apparut la tuméfaction qu'un accroissement graduel et régulier a amenée jusqu'aux dimensions actuelles. Seulement en 1876 la marche du mal devint plus rapide et la malade fut obligée de garder le lit. L'intensité extrême des douleurs, les insomnies rebelles qu'elles occasionnaient l'ont déterminée à réclamer l'opération.

Actuellement il y a deux foyers principaux de douleurs, d'abord au point culminant de la tumeur, en dedans, puis un peu plus haut vers la rotule. Dans ces deux points la douleur a le caractère hyperesthésique. La pression est encore mal supportée en arrière, sur la portion de la tumeur qui occupe et distend le creux poplité. Mais on peut serrer le corps du fémur entre les doigts saus beaucoup de ménagements, au-dessus de la tumeur, et cette exploration est bien tolérée.

J'ajouterai, pour compléter l'exposé de l'état local, que la peau était brunâtre et violacée en certains points, qu'au-dessus de la tumeur et jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, elle était sillonnée de grosses veines variqueuses dont on voyait les origines serpenter dans l'épaisseur des téguments et à la surface du tissu néoplastique, et que cet état variqueux s'arrêtait assez exactement là où le fémur paraissait reprendre à peu près ses dimensions normales.

Enfin je signalerai l'absence de tout ganglion suspect dans l'aine.

Avant de me décider à la grosse opération que devait nécessiter cette énorme tumeur, j'explorai avec soin tous les viscères sans y rencontrer rien d'anormal, si bien qu'aucune circonstance, pas même la maigreur de la malade qui représentait chez elle un état physiologique antérieur au développement de son mal et qui d'ailleurs n'avait rien d'extraordinaire, ne pouvait me détourner de l'idée d'une intervention active. Tout, au contraire, m'y poussait, et les douleurs devenues extrêmement pénibles, et la crainte de l'ulcération au niveau des points où les téguments commençaient à s'altérer, et la possibilité d'une mort rapide amenée par l'assemblage de ces deux circonstances. Les particularités que l'on pouvait le plus redouter étaient l'âge de la malade (52 ans) et un certain degré de faiblesse ; mais elles ne nous parurent pas devoir constituer des contre-indications formelles, et je passai outre.

L'hésitation entre l'amputation de la cuisse et la désarticulation de la hanche fut tranchée dans le sens de la désarticulation par les considérations suivantes :

La tumeur ne pouvant guère être autre chose qu'un sarcome ou un chondrome, il y avait à craindre que le canal médullaire ne fût déjà envahi par le néoplasme, soit sous la forme d'une traînée continue, soit sous la forme de noyaux disséminés. L'augmentation de volume du fémur jusqu'à peu de distance au-dessous du trochanter donnait à penser que cette propagation était un fait accompli; elle indiquait, en tout cas, quelle que pût être la nature de l'altération dont l'os était atteint, qu'il n'était pas sain.

En admettant que l'amputation se fût imposée par des raisons d'un autre ordre, il eût fallu la pratiquer soit sur un fémur altéré, soit immédiatement au-dessous du trochanter. Dans ce dernier cas la gravité de l'opération eût été à peu près égale à celle d'une désarticulation de la hanche. Comme celle-ci devait avoir l'avantage de mettre plus sûrement la malade à l'abri d'une récidive, je la considérai comme la seule ressource vraiment sérieuse à laquelle il fût permis de recourir.

L'opération fut pratiquée le mercredi 10 octobre. Un peu avant l'opération, la température axillaire était de 36°,4. Les battements du cœur étaient tumultueux et irréguliers, mais l'oreille ne percevait aucun souffle. Les premières inhalations chloroformiques ramenèrent le rhythme cardiaque à son type normal. Le chloroforme fut administré avec le plus grand soin et une extrême prudence. Au bout de peu de temps l'anesthésie était complète.

Au moyen d'une bande de caoutchouc je refoulai vers le tronc le sang contenu dans le membre inférieur; mais je laissai libre toute la racine du membre sur laquelle je devais prendre mes lambeaux.

L'opération fut faite suivant le procédé à deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur. Je taillai d'abord le lambeau antérieur de dehors en dedans, liant les vaisseaux à mesure que je les coupais, et posant chemin faisant des pinces hémostatiques. Le lambeau postérieur, dessiné préalablement, fut séparé de dedans en dehors et donna fort peu de sang. La malade en perdit en tout à peine 200 grammes.

Au milieu de l'opération, un peu après la section du nerf sciatique, je m'aperçus que la malade se refroidissait et pâlissait. Elle était tombée dans un état de dépression d'où ne pouvaient la tirer les excitations les plus variées. Le pouls, faible, à peine sensible, battait 50 fois à la minute; la respiration était lente et peu énergique.

Il y avait déjà quelque temps qu'on ne donnait plus de chloro-

forme lorsque apparurent ces signes de syncope menaçante. Il fallut des frictions avec des linges brûlants, des flagellations violentes, des pincements pour arracher la malade à cette sorte de stupeur. Au bout d'une dizaine de minutes le pouls se releva, la respiration recouvra son énergie et sa régularité, la malade fit quelques mouvements et exprima quelques plaintes.

Je pus alors procéder au pansement, qui fut en tout conforme aux règles de la méthode de Lister. Il m'avait semblé nécessaire de faire suspendre la pulvérisation pendant l'opération à cause du refroidissement considérable qu'elle déterminait dans le moignon.

Trois sutures profondes rapprochèrent l'une de l'autre les faces cruentées des lambeaux ; des sutures superficielles complétèrent l'affrontement. Le drainage fut assuré par plusieurs tubes placés de la manière suivante : un premier tube allait d'un côté à l'autre de la base du moignon ; un second traversait le lambeau postérieur à sa base et passait par son autre extrémité entre les bords antérieurs des deux lambeaux ; il était particulièrement destiné au drainage du cul-de-sac créé par la dissection du grand trochanter. Un troisième et un quatrième tube étaient placés de telle sorte que l'une de leurs extrémités plongeait dans la cavité cotyloïde, tandis que leurs extrémités antérieures placées entre les deux lambeaux devaient déverser les liquides en avant du moignon. La disposition de ce système de drainage devait assurer l'écoulement des liquides, de quelque point qu'ils vinssent.

Il n'y avait guère eu qu'une douzaine de ligatures d'artères à faire; pour le plus grand nombre je m'étais servi des fils de soie ordinaires trempés dans la solution phéniquée au 1/20e, pour les autres de cat-gut.

La séance entière, depuis le moment où la malade fut portée dans la salle d'opérations jusqu'à celui où elle regagna, sur un brancard, la salle où était son lit, avait duré environ une heure et dix minutes.

Une demi-heure après, elle se sentait réconfortée grâce aux cruchons d'eau chaude dont on l'avait entourée. La température axillaire était toujours de 36°. La dépression de tout à l'heure avait fait place à un calme qui n'avait rien de l'affaissement. La face avait repris sa coloration normale, le pouls s'était relevé. Rien n'annonçait que la journée dût être signalée par quelque fâcheux incident.

Elle s'écoula, en effet, d'une manière satisfaisante; le soir température axillaire, 36°,4 ; ce ne fut que le lendemain matin qu'apparurent les symptômes qui devaient rapidement se terminer par la mort.

A dix heures et demie, je trouvai la malade anxieuse et agitée. La respiration était fréquente, le pouls tellement faible que j'avais de la peine à le trouver, mais sensiblement aeeéléré (90 à 100 p. Temp. 36°,6). La mort ne devait pas tarder; elle survint à midi.

Autopsie. — L'examen des viseères donne un résultat négatif; rien, en fait de lésions analogues à eelles qu'avait révélées l'examen de la pièce, dans aucun point de l'éeonomie. Donc pas de eommeneement de généralisation.

Il faut noter que le foie ne pèse que 1,100 grammes, et qu'il montre à la eoupe un certain nombre de petits foyers de dégénéreseenee graisseuse, principalement au voisinage de ses bords.

Les reins sont un peu graisseux, sans que les deux substances eessent d'être distinetes.

Du eôté du eœur, il n'y a à signaler qu'un peu d'épaississement des valvules mitrale et aortique, sans rétrécissement ni insuffisance.

Examen de la pièce. — Une coupe longitudinale du fémur et de la tumeur faite à la seie ouvre le canal médullaire dans toute son étendue jusqu'à la tumeur. Une moelle rouge brique le remplit du haut en bas, moelle très-molle et inégalement teintée par plaees de rouge et de jaune orange. Les altérations sont les mêmes dans le eol du fémur; mais nulle part on ne voit à l'œil nu de noyaux formés par une substance autre que les éléments de la moelle. L'ostéomyélite chronique n'est pas douteuse, mais la dissémination du tissu de la tumeur dans le eanal médullaire ne résulte pas de l'examen maeroscopique de la pièee.

La substanee eompaete du fémur a acquis une épaisseur de 6 à 8 millimètres. Dans certains points, une couche plus blanche, d'une eoloration analogue à eelle de l'os nécrosé, est reeouverte par une couche plus rosée, douée en apparenee d'une plus grande vitalité.

La facilité avee laquelle la seie a divisé le fémur prouve suffisamment que le tissu osseux a subi un ramollissement notable, mais les lésions dont il est le siége ne sont certainement que du fait de l'ostéite. On peut également rapporter à l'inflammation l'induration des museles les plus voisins de la tumeur et partieulièrement au point où eelle-ei se eonfond avec le reste de l'os. Là il pourrait bien y avoir un eommeneement de prolifération des éléments eonstitutifs du néoplasme.

La tumeur est partagée par le trait de seie en deux moitiés égales, comme diamètre, mais dont l'interne est plus volumineuse. Il est évident que les éléments anormaux se sont développés dans le tissu des eondyles et partieulièrement du eondyle interne, et nullement aux dépens du périoste. La masse n'est pas entourée

d'une coque osseuse, sauf aux environs de son point de fusion avec le corps du fémur. Elle est divisée en plusieurs lobes intimement confondus les uns avec les autres.

Les cartilages articulaires sont intacts et séparent le tissu morbide de l'articulation du genou. Celle-ci renferme une certaine quantité d'un liquide visqueux. Les os de la jambe sont sublasés en arrière et en dehors. La tête du tibia est ramollie et graisseuse.

Dans son ensemble, la tumeur offre une teinte d'un blanc gris rosé interrompue de distance en distance par une coloration plus franchement grise au niveau des points ramollis. Là, le doigt s'enfonce sans peine dans une substance molle, visqueuse, décomposable en petites masses granuleuses juxtaposées.

Dans les endroits où le tissu possède une plus grande fermeté, il donne au doigt la sensation d'élasticité propre au cartilage, mais non avec la netteté ordinaire. Néanmoins, un certain degré de translucidité de ce tissu, joint à ce caractère, permet de penser au premier examen que la tumeur est un chondrome en voie de ramollissement ; mais comme on rencontre dans la trame du tissu des travées fines et nombreuses de tissu osseux ou calcifié, je complète ma pensée en disant qu'il s'agit ou d'un chondrome ostéoïde, ou d'un chondrome simplement calcifié.

L'examen microscopique devait trancher la question. On trouvera plus loin la transcription complète de la note détaillée que M. Chambard, assisté des conseils de M. Ranvier, a eu l'obligeance de me remettre. Je la résume ici en quelques mots.

Sur des préparations obtenues par dissociation, après macération dans l'alcool au tiers et coloration par le picrocarminate d'ammoniaque et l'iosine, on voit :

a) Des fibres conjonctives entre-croisées ;

b) Des cellules sphériques semblables aux cellules lymphatiques;

c) De nombreuses cellules pour la plupart étoilées et munies de prolongements anastomosés avec ceux des cellules voisines ;

d) Entre les cellules et les fibres une substance qui se précipite en fines granulations sous l'influence de l'acide acétique.

Sur des préparations obtenues après durcissement dans diverses substances et colorées par le picrocarminate d'ammoniaque, on voit :

a) A un faible grossissement, une division de la masse en petits lobules séparés par du tissu conjonctif au milieu duquel existent des plaques calcifiées ;

b) A un grossissement plus considérable on distingue :

1° Des lobes séparés par des tractus conjonctifs, infiltrés par

places de sels calcaires, lesquels se montrent aussi dans les intervalles des lobules et dans leurs couches périphériques;

2° Des lobules renfermant du tissu muqueux, caractérisé par des cellules étoilées à prolongements anastomosés; de la substance cartilagineuse représentée par des capsules de cartilage régulier ou par du cartilage étoilé; des sels calcaires disposés en plaques au voisinage desquelles se groupent des cellules étoilées et fusiformes et de nombreuses cellules à noyaux multiples. Le tissu médullaire est graisseux mais ne renferme pas de noyaux chondromateux.

D'après les conclusions de M. Chambard, la tumeur serait, en résumé, un *myxo-chondrome en voie d'ossification.*

EXAMEN HISTOLOGIQUE.

Tumeur de l'extrémité inférieure du fémur.

A) *Macération dans l'alcool au tiers. — Dissociation — Coloration par le picrocarminate d'ammoniaque et par l'iosine.*

a) Fibres conjonctives fines entrecroisées en tous sens.

b) Cellules sphériques semblables aux cellules lymphatiques.

c) Nombreuses cellules munies d'un noyau sphérique, d'un nucléole et d'un protoplasma irrégulier. Les unes sont fusiformes, d'autres, *plus nombreuses,* sont étoilées et munies de prolongements que l'on peut suivre plus ou moins loin.

Au moyen de la coloration par l'iosine, ces prolongements apparaissent avec une grande nettété, et on peut voir en quelques points *des anastomoses s'établir au moyen de ces prolongements* entre des cellules voisines.

d) Entre les cellules et les fibres, se trouve une substance qui se précipite en fines granulations sous l'influence de l'acide acétique.

Ces dissociations permettent déjà de conclure *que la majeure partie de la tumeur est constituée par du tissu muqueux complétement développé,* analogue, par exemple, à celui du cordon ombilical.

B) *Coupes après durcissement dans l'acide picrique, la gomme, l'alcool. — Coloration par le picrocarminate d'ammoniaque.*

a) *A un faible grossissement,* on voit sur une coupe colorée par le picrocarminate d'ammoniaque un certain nombre d'îlots arrondis, séparés les uns des autres par de minces tranches de tissu conjonctif. Entre ces îlots se trouvent des vaisseaux sanguins et des plaques vivement colorées par le carmin, et qui, à ce gros-

sissement, apparaissent déjà comme *des régions calcifiées de la tumeur*.

b) Analyse des préparations :

1° Les différents lobes qui constituent la tumeur sont séparés par des *tractus de tissu conjonctif* mince et irrégulier, qui manquent en beaucoup de points. Ces tractus sont formés de faisceaux conjonctifs entre lesquels sont interposés des lits de cellules plates. En certains points le tissu fibreux a subi un commencement de calcification.

Les vaisseaux sanguins sont représentés par des lacunes vastes et irrégulières, remplies de globules rouges et revêtues d'une couche endothéliale; on voit cependant des artérioles complétement développées qui apportent le sang à ce système de circulation lacunaire.

Les plaques se montrent entre les différents lobules de la tumeur et dans les régions périphériques de ceux-ci; elles sont de dimensions et de configuration très-irrégulières, et renferment un plus ou moins grand nombre de cellules irrégulièrement disséminées et contenues dans des cavités étoilées.

2° Les *lobules* présentent à étudier *des cellules* et *une substance intercellulaire ou fondamentale*. *La substance intercellulaire* varie quant à ses apparences morphologiques et à sa constitution chimique, selon les points examinés, et ces modifications impriment des modifications correspondantes au volume et à la forme des éléments cellulaires qui y sont contenus.

En beaucoup de points la *substance intercellulaire* est *muqueuse;* on voit alors de fines fibres conjonctives entrecroisées et dirigées en tous sens, *des cellules fusiformes et étoilées munies de longs prolongements*. Ces points répondent aux préparations obtenues par dissociation après macération dans l'alcool au tiers.

Ailleurs, *la substance intercellulaire* présente les réactions et l'aspect *de la substance cartilagineuse*. Alors les cellules sont sphériques et renfermées dans une cavité capsulaire à double contour. L'aspect est alors celui *du cartilage régulier*. En beaucoup de points, cependant, les cellules, tout en étant contenues dans des capsules, sont encore volumineuses et pourvues de prolongements ramifiés; l'aspect est alors celui *du chondrome étoilé*.

Lorsque la substance intercellulaire s'infiltre *de sels calcaires,* ses cellules deviennent anguleuses, petites et sont contenues dans des cavités anguleuses et irrégulières. Alors se trouvent constituées *les plaques calcaires* dont il a été question plus haut.

Au voisinage et le long des bords de ces plaques, les cellules fusiformes et étoilées sont plus nombreuses que partout ailleurs et on remarque *de nombreuses cellules à noyaux multiples*. En

outre ces plaques sont toujours au voisinage des tractus fibreux interlobulaires et des vaisseaux sanguins qui y sont contenus. Beaucoup d'entre elles sont percées à leur centre d'un trou dans lequel se voit du tissu muqueux *déjà voisin de la moelle des os* et parcouru par des vaisseaux sanguins.

c) *Tumeur du triceps fémoral.* Le plus grand nombre des fibres primitives du muscle, prises au voisinage de la tumeur, sont altérées par un processsus de *myosite chronique parenchymateuse.* Il existe une prolifération intense des noyaux, dits du sarcolemme; la substance contractile est granuleuse, la striation a cessé d'y être visible et, sur beaucoup de fibres, elle est coupée de distance en distance comme dans la myosite saturnine.

d) *Détermination histologique. — Conclusions.* Il résulte de cet examen que cette tumeur est constituée par des masses arrondies plus ou moins volumineuses réunies entre elles et séparées les unes des autres par de minces travées conjonctives qui y apportent les vaisseaux nécessaires à leur entretien.

Ces lobes sont constitués *par une substance fondamentale* qui, selon les points et par des transitions insensibles, devient *muqueuse, cartilagineuse* et *calcaire;* et, en diverses modifications de la substance fondamentale, impriment des modifications morphologiques aux cellules qui y sont contenues.

Les plaques calcifiées *ne peuvent* encore être considérées comme formées *par du tissu osseux véritable;* on n'y trouve en effet ni systèmes de lamelles coordonnées autour des canaux vasculaires, ni séries régulières de corpuscules osseux.

La tumeur peut donc être considérée comme *un myxo-chondrome en voie d'ossification.*

Présentation d'instruments.

M. Bacchi au nom du professeur Bottini, de Pavie, et de MM. Boriglione frères, de Novare.

Messieurs, j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie quelques instruments fabriqués par MM. Boriglione frères, de Novare, sous l'inspiration de M. Bottini, professeur de médecine opératoire à la faculté de Pavie.

Les deux premiers sont : un cautère galvanique et un prostatotome galvanique.

Le cautère galvanique ressemble à la sonde angulaire de Mercier. C'est une tige courbe en cuivre doré contenant à l'intérieur deux lames en platine séparées par une en ivoire, et se réunissant

à la partie antérieure de l'instrument en U, cette partie est le cautère qui repose sur un morceau de porcelaine poreuse. Ce cautère s'articule avec un interrupteur en ivoire de Middeldorpf, qui sert de manche, et donne beaucoup de prise à l'instrument.

Le prostatotome ressemble au prostatotome de Mercier, avec cette différence que la branche mâle peut glisser sur la rainure de la branche femelle par un pas de vis d'Archimède qui se trouve sur le manche de l'instrument et qui porte une échelle graduée en millimètres. La lame a la forme d'un U et est formée par la réunion de deux tiges en platine séparées par une lame en ivoire. Ce prostatotome s'articule par le manche avec un petit interrupteur Middeldorpf qui permet d'ouvrir ou de fermer le courant à la volonté de l'opérateur.

Ces deux instruments sont destinés à guérir radicalement l'ischurie produite par l'hypertrophie de la prostate.

Ils s'introduisent tous les deux en vessie comme la sonde angulaire de Mercier, et aussitôt qu'on sent le bec de l'instrument libre on le retourne en bas, on accroche le lobe de la prostate qu'on veut détruire, on ouvre le courant, et aussitôt on entend le crépitement produit par la brûlure des tissus.

Lorsqu'on emploie le galvano-cautère, on doit soulever petit à petit le manche de l'instrument, afin que le cautère s'enfonce davantage dans le tissu de la prostate. Lorsqu'au contraire on emploie le prostatotome, il faut faire tourner le pas de vis lentement en maintenant l'instrument dans une position presque horizontale.

M. Bettini se sert du cautère dans les hypertrophies partielles de la prostate, et du prostatotome dans les hypertrophies totales ou presque totales.

Avec ces deux instruments on évite les dangers du prostatotome de Mercier, c'est-à-dire l'hémorrhagie, l'infiltration urineuse, etc., car l'eschare protége la plaie qu'on fait à la prostate de toute infiltration.

M. Bottini possède déjà sept observations tout à fait positives et qui démontrent la bonté de sa méthode.

Le troisième instrument est un *hystérotome vaginal galvanique*, destiné à remplacer l'écraseur de Chassaignac.

Cet hystérotome se compose de deux branches qui s'articulent comme une pince ordinaire. La branche antérieure qu'on introduit dans le cul-de-sac antérieur du vagin est une tige en métal doré contenant à l'intérieur deux lames en platine, séparées par une en ivoire. Ces deux lames s'articulent par deux vis latérales avec un tranchant à forme de croissant, qui rougit par le passage du courant et qui coupe perpendiculairement le col de la matrice. L'autre

extrémité de cette branche, recouverte d'ébène, se replie à angle droit et se bifurque en deux tiges qui sont en communication avec les deux pôles de la pile. On ouvre ou on ferme le courant à l'aide d'un petit interrupteur Middeldorpf qu'on interpose entre un des pôles de la pile et une des deux tiges de l'instrument.

La branche postérieure, qu'on introduit dans le cul-de-sac postérieur, s'évase dans sa partie antérieure comme la cuiller d'un forceps et présente à l'extrémité une lame transversale en ivoire, qui sert à protéger le cul-de-sac postérieur de la chaleur rayonnante de la pile. En outre, cette branche est creuse dans la première moitié du côté du manche pour donner passage à une tige qui supporte une pince de Museaux, qu'on peut attirer à soi ou repousser en avant et qu'on peut faire tourner autour de son axe; de cette façon on peut saisir le col de la matrice dans ses deux diamètres vertical et horizontal. Cette pince de Museaux peut s'ouvrir ou se fermer à la volonté de l'opérateur, par un petit bouton qu'on attire à soi ou qu'on repousse.

Avec cet instrument un chirurgien peut sans aide, très-facilement et très-vite, explorer le col de la matrice dans toute sa hauteur.

Communications.

M. Verneuil. L'attention de tous les chirurgiens a été attirée sur l'influence qu'ont les anomalies artérielles de l'avant-bras sur le traitement des plaies de ces vaisseaux, mais on n'a pas toujours l'occasion d'observer la lésion d'une artère anormalement située.

J'ai reçu ce matin à l'hôpital un ouvrier très robuste qui avait reçu à la partie moyenne de l'avant-bras un trait de scie circulaire; la section s'est faite à l'union des deux faces interne et antérieure de l'avant-bras et avait porté perpendiculairement. L'hémorrhagie avait été arrêtée par du perchlorure de fer chez un pharmacien, mais elle s'était reproduite assez abondamment pour que l'un de mes internes crût devoir m'amener le malade sans cesser un moment de comprimer l'humérale.

Supposant que, comme d'habitude, la cubitale très-vraisemblablement lésée était profondément située, je chloroformai le malade et j'appliquai pour faciliter mes recherches la bande d'Esmarch, j'enlevai les caillots, j'agrandis l'incision, je trouvai l'interstice musculaire, le nerf cubital; l'artère n'occupait pas son siége habituel, le côté interne du nerf.

A ce moment mon interne se souvint que le jet artériel qu'il avait observé lui avait paru provenir d'un des plans superficiels de l'avant-bras et non de la profondeur du membre. Guidé par ces

indications un peu tardives je trouvai l'artère au-dessous de la peau dans le tissu circulaire sous-cutané.

Cette observation contient quelques enseignements. En premier lieu, qu'il faut penser aux anomalies ; elle nous montre de plus un cas où l'application de la bande d'Esmarch, au lieu de faciliter les recherches comme cela a lieu dans les cas analogues, les a rendues plus longues, car elle m'a empêché de voir le point précis d'où partait le jet de sang. Je signalerai enfin que dans un cas semblable on pourrait songer à interroger la sensibilité, car il doit être exceptionnel que l'artère cubitale, lorsqu'elle occupe sa place habituelle, soit lésée sans que le nerf cubital soit intéressé.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire,
CRUVEILHIER.

Séance du 21 novembre 1877.

Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine.

2° *La Gazette médicale de Bordeaux; La Revue médicale de l'Est; le Bordeaux médical.*

3° Le *Centralblatt für chirurgie; The medical Journal and Examiner of Chicago* ; la *Rules and List of members the British medical journal of the royal Society of New Southwals; la Gazette de santé militaire de Madrid; la Gazette médicale Italienne Lombarde.*

Lectures.

De l'utérus incomplétement cloisonné comme cause de la présentation du tronc.

Communication par M. POLAILLON.

Dans la séance du 7 mars dernier, j'ai communiqué à la Société une observation de présentation du tronc dont la cause était, selon moi, une malformation de la cavité utérine. Il s'agissait d'un utérus incomplétement cloisonné. Sur le milieu du fond de cet

organe existait une cloison rudimentaire et de chaque côté une excavation. La tête du fœtus s'était logée dans l'excavation droite, son siége dans l'excavation gauche, son dos correspondait à l'orifice du col. Mais comme dans ce cas il y avait en même temps une insertion vicieuse du placenta, et comme il est généralement admis que l'insertion vicieuse est une cause de la présentation du tronc, on pouvait contester que cette présentation fût réellement due à la malformation utérine plutôt qu'à l'insertion vicieuse. Aujourd'hui j'apporte un fait qui lèvera tous les doutes. Dans ce fait, bien que le placenta ne fût pas inséré sur le col et que le bassin fût régulier, le tronc se présentait, et la cause de cette présentation anormale n'était autre qu'un cloisonnement incomplet de la cavité de la matrice.

La nommée Virginie Sourd, âgée de 30 ans, entre à la Maternité le 17 septembre. Elle est enceinte de huit mois environ. La forme de son ventre est anormale : au lieu d'être saillant sur la ligne médiane, il est aplati, et les flancs ont acquis de chaque côté un développement peu ordinaire. Par la palpation, on reconnaît dans le flanc droit et dans le flanc gauche deux saillies qui se rejoignent et se confondent dans la région sous-ombilicale, mais qui sont séparées sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, par une dépression visible à l'œil nu, et surtout appréciable quand on déprime la paroi abdominale à ce niveau. Comme le ventre était très-volumineux, il pouvait y avoir une grossesse double, mais l'auscultation pratiquée à plusieurs reprises ne nous démontra qu'un seul maximum des bruits cardiaques. Il était manifeste qu'il n'y avait qu'un fœtus, placé transversalement. On sentait distinctement sa tête dans le côté gauche du ventre et son siége ainsi que ses membres inférieurs dans le côté droit. Son dos regardait en bas et un peu en avant ; tandis que la face antérieure du tronc, recourbée sur lui-même, correspondait à la dépression du bord supérieur de la matrice. Le bassin était régulièrement conformé ; nous ne rencontrions point de tumeur au voisinage de l'excavation pelvienne ; rien ne pouvait nous expliquer la présentation du tronc, si ce n'est un vice de conformation de l'utérus, analogue à celui que nous avions rencontré quelques mois auparavant.

L'état général de la mère, sauf un affaiblissement marqué, était satisfaisant. Je dois cependant noter que la peau offrait dans toute son étendue une teinte bronzée très-intense, qui attira peu notre attention et que nous mîmes sur le compte de la pigmentation produite par la grossesse.

Pendant le séjour de cette femme à la Maternité plusieurs tentatives de version par manœuvres externes furent faites. On parvenait à abaisser le siége vers le détroit supérieur ; on plaçait la

ceinture abdominale pour maintenir la bonne position et on faisait garder le repos au lit. Mais chaque fois le fœtus reprenait sa position vicieuse, malgré que la ceinture restât appliquée et que la mère gardât le repos couchée. Tout nos efforts échouèrent, et le travail se déclara, le 24 octobre, sans que nous eussions pu modifier en rien la présentation que nous avions d'abord constatée.

Il s'agissait d'une présentation du plan latéral droit en 1re position (tête à gauche, dos en avant). Après avoir endormi la patiente par le chloroforme, j'introduisis la main droite et je fis la version podalique. L'enfant mise au monde était une fille vigoureuse et bien conformée.

Portant alors mon attention sur l'utérus, je sentis nettement à travers les parois abdominales que cet organe, au lieu de prendre en se rétractant la forme globuleuse qui lui est habituelle, prenait la forme d'un triangle, avec deux angles latéraux saillants que l'on pouvait facilement saisir avec la main.

La délivrance fut naturelle.

Les suites de couches furent marquées par la rétraction très-lente de l'utérus qui conservait sa forme triangulaire. Vers le 8e jour, la femme Sourd, ayant été prise de diarrhée, fut transportée dans le service de médecine. Là, elle s'affaiblit de plus en plus et succomba subitement, le 10 novembre, à une maladie d'Addison dont le début remontait probablement au commencement de la grossesse ou même à une époque plus éloignée.

M. Labbé, interne du service de médecine de la Maternité, a rencontré à l'autopsie des lésions des capsules surrénales.

Mais au point de vue qui nous occupe, l'examen de l'utérus était surtout intéressant. Il était aplati d'avant en arrière et avait la forme d'un triangle dont la base regardait en haut. La moitié gauche était plus développée que la moitié droite. Il présentait les dimensions suivantes : le diamètre transverse du corps, pris un peu au-dessous de l'insertion des ligaments ronds, mesurait 11 centimètres ; la hauteur, depuis le fond de l'organe jusqu'à la partie inférieure du col, avait 12 centimètres ; le diamètre transverse du col était de 4 centimètres ; l'épaisseur au niveau du corps de 3 centimètres 1/2.

Les organes contenus dans les ligaments larges étaient normaux et sains. Le péritoine ne présentait pas de fausses membranes ; pourtant on rencontrait sur les ligaments larges et sur quelques points de la face antérieure de l'utérus de petits dépôts granuleux, gros comme des grains de millet, analogues à ceux qui avaient été constatés sur d'autres organes et sur la muqueuse vaginale.

Pour obtenir la forme exacte de la cavité utérine j'y ai coulé du

plâtre liquide, j'ai obtenu ainsi un moule que je présente à la Société. D'après ce moule, on peut voir que la cavité utérine offrait vers son fond un éperon saillant, sorte de cloison incomplète qui séparait deux excavations latérales. L'excavation gauche, plus spacieuse que la droite, contenait l'extrémité céphalique et le placenta; dans la droite le siége et les membres pelviens étaient venus se loger. Enfin l'examen d'une coupe de la paroi utérine montre que la cloison incomplète est formée par un épaississement du tissu propre de la matrice.

Il est difficile que dans un utérus ainsi conformé, le fœtus puisse se placer autrement qu'en travers. Aussi, doit-on admettre comme une chose démontrée que le cloisonnement incomplet de la cavité utérine engendre la présentation du tronc.

Mais cette présentation vicieuse ne nous paraît pas irrémédiable, lorsque l'on peut intervenir à temps pour la modifier. Si nous avons échoué, chez la femme Sourd, dans nos tentatives de version par manœuvres externes, c'est que la grossesse était trop avancée, et que les extrémités du fœtus étaient pour ainsi dire enchâssées dans les excavations latérales. Mais si au lieu d'intervenir à la fin du huitième mois, nous avions pu exercer nos manœuvres au sixième mois, alors que le fœtus est encore très-mobile, nous aurions pu réussir à amener la tête ou le siége au niveau du détroit supérieur et à l'y maintenir par une ceinture appropriée. Nous pensons que sous l'influence de la pression constante d'un bandage ou d'une ceinture, qui fixe le fœtus dans sa position normale, la forme bilobée de la cavité utérine peut se modifier, soit par l'effacement de l'éperon médian, soit par le développement de l'une des excavations aux dépens de l'autre ; et qu'enfin l'utérus prenant peu à peu la forme ovoïde qui lui est habituelle, l'accouchement se produira par le sommet ou par le siége.

Discussion.

M. Blot. J'ai écouté avec attention la communication de M. Polaillon, et je n'ai pas entendu parler des mesures du bassin.

M. Polaillon. Ces mesures n'ont pas été prises parce que le bassin était normal ; la femme n'avait jamais boité, elle était bien conformée.

M. Blot. Je persiste à dire que pour nous convaincre, il fallait donner les résultats de la mensuration pelvienne. Les insertions vicieuses du placenta ainsi que les présentations anormales obéissent à des lois fixes.

On observe très-rarement les insertions vicieuses du placenta chez les primipares, cela tient à ce que la cavité utérine est virtuelle, pour ainsi dire, chez les primipares et l'œuf se greffe nécessairement sur le premier point qu'il rencontre au fond de la matrice. Chez une multipare, au contraire, une cavité réelle existe et l'œuf peut se greffer au voisinage du col utérin.

J'en reviens à la présentation vicieuse, et je dis à notre collègue que deux faits ne suffisent pas pour qu'on en tire une conclusion. On voit en effet des présentations anormales survenir à la sixième grossesse, ainsi que je l'ai dernièrement observé ; il est vrai qu'on tenait une explication toute prête, je veux dire une chute faite par la malade. Je dis que d'une façon générale, la cause de ces présentations vicieuses est la difficulté qu'éprouve une des extrémités fœtales à pénétrer dans le bassin, difficulté causée le plus souvent par des diamètres insuffisants du bassin.

Je répèterai que ce fait ne faisant aucune mention des diamètres du bassin ne peut entraîner la conviction.

M. Polaillon. J'ai déjà dit que le bassin n'était pas vicié, et voici les raisons sur lesquelles je m'appuie. En premier lieu l'extrémité du doigt n'atteignait pas l'angle du sacro-vertébral; en second lieu l'autopsie nous a permis d'examiner le bassin, et il était manifeste qu'il offrait des diamètres normaux ; je dirai enfin que la mensuration n'a pas été faite, parce qu'aucun indice ne nous portait à la tenter : la taille était élevée, il n'y avait aucune claudication ni aucune déformation du squelette.

Le cloisonnement de l'utérus que j'invoque, comme cause de la mauvaise présentation, me semble avoir agi d'une manière évidente dans mes deux cas. Cette explication nous rendra compte de certains faits : elle nous aidera à comprendre pourquoi certaines femmes ont toujours des présentations vicieuses, lorsque chez elles on ne rencontre aucune des causes habituelles de ces présentations anormales. J'ai le droit d'admettre que ces femmes avaient une malformation utérine qui ne se traduit à l'extérieur par aucun signe apparent, le moulage seul montre le cloisonnement.

Je crois aussi à l'influence d'un utérus cloisonné sur l'insertion vicieuse du placenta, dont la seule cause paraît être la multiparité; car la malformation utérine en augmentant la capacité de la matrice peut favoriser la chute de l'ovule sur le col. C'est ainsi qu'on peut se rendre compte que sur 156 cas d'insertion vicieuse du placenta, plus de 40 aient eu lieu chez des primipares. Dans ma première observation, qui avait pour sujet une primipare de 20 ans, le placenta était inséré centre pour centre.

M. Guéniot. Je demanderai si le sujet de la 2e observation

était une primipare : une des conséquences de la doctrine de notre collègue est que la cause étant identique les effets doivent être les mêmes.

M. Blot. J'avoue jusqu'à présent ne voir dans ces deux faits qu'une coïncidence et non une relation de cause à effet ; je n'attribue pas plus la mauvaise présentation à la malformation qu'à un accident quelconque, un ongle incarné par exemple qui serait survenu dans le cours de la grossesse. Les femmes observées par notre collègue sont de plus des primipares et nous ne savons pas si la cause prétendue subsistant, l'effet se serait reproduit.

M. Polaillon. Les présentations du tronc ont des causes très-multiples, mais je crois que l'une de ces causes est la malformation dout j'apporte un exemple. L'avenir montrera s'il n'y là qu'une coïncidence.

Quant à l'argument de M. Guéniot, que des femmes ayant accouché par le tronc ont eu des accouchements par le sommet, je répondrai que la cause de la présentation vicieuse n'était pas celle que j'invoque.

Ne se pourrait-il pas aussi que l'éperon, qui sépare en deux la cavité utérine, s'affaissât par suite des grossesses répétées ?

M. Blot. Je ferai remarquer à M. Polaillon que j'ai observé un certain nombre de ventres bilobés, sans que la présentation eût rien d'anormal. Ces faits, d'une part, et d'autre part le petit nombre de ceux qu'on nous apporte, me permettent de conclure que l'on a eu affaire à une simple coïncidence.

Présentation de pièces.

Corps étranger du rectum. — Manche de pelle de 22 centimètres de longueur. — Extraction. — Guérison.

par M. Gillette.

M..., boulanger, âgé de 61 ans, entré à Beaujon en septembre 1877, s'est introduit 5 jours auparavant, dans le rectum, l'extrémité *d'un manche de pelle à enfourner le pain.* Le toucher rectal pratiqué, le malade couché sur le côté droit, permet à l'index de sentir très-haut, à 8 ou 10 centimètres environ, un corps dur et raboteux qu'il est cependant impossible de saisir avec les doigts ni avec des pinces à anneaux ordinaires. M. Gillette fait coucher cet homme sur le dos et dans la position des femmes examinées au spéculum, deux doigts pénétrant dans la cavité rectale atteignent plus facilement le corps étranger, mais ne peuvent l'amener au dehors : on

Paris.—Imprimerie Paul Dupont, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) (1058, 12-7.) *Le Gérant :* MASSON.

put alors, à l'aide de tenettes à calcul vésical, et en guidant cet instrument avec deux doigts de la main gauche, saisir le morceau de bois par les extrémités opposées de son diamètre transversal, l'attirer en bas, en lui faisant suivre la courbure du sacrum, et *accoucher*, pour ainsi dire, cet homme sans qu'il y eût le moindre écoulement sanguin. Avant l'extraction, le palper abdominal permettait de constater dans la fosse iliaque la présence d'un corps dur et très-résistant ; il était en effet situé en grande partie dans l'S iliaque : car, la longueur moyenne du rectum étant de 20 à 22 centimètres, si on ajoute à celle de ce *manche de pelle, qui est de* 22 *centimètres*, la distance de 10 centimètres que parcourait le doigt avant de l'atteindre, on a 30 ou 32 centimètres. Ce corps étranger si volumineux (il a 4 centimètres de diamètre) n'avait pourtant déterminé aucun accident du côté de la cavité abdominale ; le malade n'avait accusé qu'un peu d'incontinence d'urine. L'extraction fut suivie d'un écoulement ichoreux fétide qui fut combattu par des lavages désinfectants, mais ne donna lieu à aucune complication fâcheuse, et le malade sortit de l'hôpital sans avoir éprouvé, à aucun moment, la moindre sensibilité du côté du ventre.

Discussion.

M. Delens. Notre collègue nous a dit que le rectum était vaste, mais il n'a pas parlé de l'anus. Était-il relâché, infundibuliforme ?

M. Desprès. Je ferai remarquer que les faits analogues peuvent se diviser en deux ordres, suivant que le rectum est sain ou qu'il est irrité par la présence ancienne de corps étranger. Si le rectum est sain, il n'y a pas d'accidents; mais s'il y a de la rectite, des complications sérieuses peuvent survenir.

M. Gillette. Chez mon malade, il n'y avait pas de contracture du sphincter et l'anus n'était pas infundibuliforme. Je ne suis pas de l'avis de M. Desprès sur l'innocuité de ces corps étrangers introduits dans un rectum sain. Je crois que si mon malade a bien supporté cette volumineuse tige de bois, c'est que le rectum était habitué à des contacts répétés.

De la physiologie pathologique et du traitement du mal de Pott.

M. Trélat. Je veux attirer l'attention de la Société sur un point de pratique qui me paraît offrir un certain intérêt.

Il y a 3 ans, je vis entrer dans mon cabinet une fillette de 8 ans qui n'avait pas mauvais aspect. Elle était atteinte de mal de Pott avec gibbosité. J'admis la possibilité d'un abcès par congestion dans un

avenir plus ou moins éloigné et je prescrivis l'absence de mouvement et le décubitus dans une gouttière. J'appris, quelques mois plus tard, que les parents ne s'étaient pas conformés à mes prescriptions; je sus enfin d'une façon certaine que 10 mois après ma consultation on avait conduit l'enfant chez un spécialiste des plus habiles. L'état de l'enfant s'améliora d'une telle façon que les parents crurent devoir me mettre le résultat sous les yeux.

Je trouvai la petite fille avec une mine excellente, le système musculaire avait pris du développement, toutes les saillies étaient masquées par une graisse assez abondante; en résumé, l'impression était celle que donnerait un enfant en parfait état de bien-être. Qu'avait-on fait? On avait employé les excitants généraux : bains salés, douches froides, vie au grand air, électricité, bains d'air comprimé ; je ne pus que dire aux parents que je trouvais l'enfant en bon état, qu'aucun abcès ne s'était manifesté et que je donnais acte de ce beau succès.

Ceci se passait il y 14 mois ; je viens de revoir l'enfant : elle a bon aspect, ne souffre pas ; la gibbosité est un peu plus douloureuse, mais surtout la région sus et sous-inguinale est distendue par un volumineux abcès.

Une lettre du médecin ayant traité l'enfant m'apprend cependant que, dans l'intervalle qui s'est écoulé depuis la dernière visite où je constatais l'excellent état de la malade et son apparente guérison, les prescriptions du médecin ont été fort négligées, que la malade a été faire deux saisons à Uriage, marchant, courant, montant à cheval.

Je vous livre le fait tel quel : il nous montre que, tout en accordant grande créance au traitement général, il faut se défier des apparences de guérison. Le mal de Pott arrivé à un certain degré est inexorable, mais son évolution est lente et ne peut être enrayée définitivement que par le repos absolu et les divers révulsifs. J'ai soigné selon la méthode classique un enfant de 5 ans dont j'entrepris la cure à la même époque; aujourd'hui sa région gibbeuse est indolente : il est guéri.

M. Verneuil. Je me range entièrement à l'avis de M. Trélat, et son intéressante communication me fournit l'occasion de dire qu'on a réalisé d'immenses progrès dans la thérapeutique du mal de Pott depuis que cette question a été agitée dans le sein de la Société de chirurgie. On guérit le mal de Pott, même lorsqu'il y a eu formation d'abcès, en restant attaché aux principes qui ont inspiré M. Trélat. Il faut soumettre les enfants à l'immobilité absolue, pendant des années quelquefois.

Lorsqu'on rencontre des parents qui suivent à la lettre les in-

structions données, on obtient des résultats remarquables ; j'ai vu disparaître au moins chez 6 enfants des abcès froids. La gibbosité même se modifie un peu, et de plus, comme la colonne s'effile, la difformité devient encore moins apparente.

Je tiens à ajouter que, dès que le mal de Pott est situé plus haut que la dixième vertèbre dorsale, la gouttière de Bonnet n'est plus un moyen contensif suffisant ; il faut appliquer une cuirasse moulée, lacée sur le côté, et laisser les enfants un an au lit.

Je citerai à ce sujet l'autorité de M. Olliés, de Lyon, dont la pratique est si étendue au point de vue des difformités ; ce chirurgien professe que l'immobilité longtemps continuée n'amène pas le dépérissement de l'enfant : les fonctions digestives se font mieux, le teint cesse d'être plombé.

Mais pour obtenir ces bons effets, il faut à un traitement hygiénique et médicamenteux bien dirigé joindre de bons appareils.

M. Marjolin. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt M. Trélat nous exposer des préceptes que pour ma part je mets en pratique depuis longtemps. Il ne faut pas renoncer à l'immobilisation ni aux exutoires, quel que soit l'esprit de résistance des parents et même des médecins. On a été jusqu'à dire que l'immobilité absolue prédispose aux méningites tuberculeuses, et à ce sujet je répéterai ce que j'ai dit bien souvent : qu'il est bien rare qu'un malade atteint de mal de Pott n'ait pas dans ses ascendants ou ses consanguins une personne affectée de tubercules du poumon ou des méninges.

J'ai toujours immobilisé mes malades, tellement que n'ayant pas suffisamment de gouttières de Bonnet, je me servais d'une volige percée de trous ou de claies en osier. J'agissais pour le mal vertébral comme pour les tumeurs blanches.

M. Desprès. Je demande à faire une réserve : il y a mal de Pott et mal de Pott, et, dans certaines variétés, l'immobilisation n'est pas nécessaire.

M. Trélat. Je serai satisfait pour ma part de voir une discussion s'engager, mais je dois dire que ma conviction est faite.

J'ai posé mon diagnostic, puis j'ai indiqué un traitement. Il y a eu des apparences séduisantes de guérison, mais il y a une logique inexorable qui a fini par l'emporter. *Il faut donc immobiliser*. Je ne veux pas dire qu'il n'y ait des cas où on ne puisse hésiter, mais lorsque l'on trouve une gibbosité angulaire avec imminence d'abcès, il ne faut pas temporiser, il faut mettre, je ne dis pas une gouttière de Bonnet, mais un appareil immobilisateur.

Je rappellerai que mon exemple a cela de particulier que la malade a été promenée un an comme guérie et que contre les apparences le fait anormal a fini par rentrer dans la règle générale.

Élections

Commission pour l'examen des travaux des candidats au titre de membre correspondant national.

Sont nommés: MM. Houel, Farabeuf, Périer, Magitot.

Lectures.

Luxation fémoro-tibiale en arrière ; rupture de l'artère de la veine fémorale. — Gangrène du pied et de la jambe. — Amputation de la cuisse au 1/3 inférieur. — Guérison.

Par M. VAST, chirurgien en chef de l'hôpital de Vitry-le-François, membre correspondant.

On sait que, parmi les luxations traumatiques, celles du genou comptent au nombre des moins fréquentes, et cette rareté est telle, dit Malgaigne, « que la plupart des auteurs qui en ont traité sem- « blent n'en avoir jamais vu et que Boyer n'en cite de sa pratique « qu'un seul exemple. » Depuis l'illustre auteur du Traité des frac - ures et des luxations, la science semble s'être peu enrichie sur le point qui nous occupe, et es articles des dictionnaires ou des traités de chirurgie moderne n'ajoutent que peu de chose à ses descriptions.

Parmi ces lésions, les luxations fémorotibiales dans lesquelles le tibia est déplacé *en arrière* sont encore beaucoup plus rares que celles où il est porté en *avant*. Malgaigne n'a pu en réunir que douze observations. Elles sont généralement produites par un choc direct frappant la partie antérieure et supérieure de la jambe, celle-ci étant plus ou moins fléchie , d'autres fois on l'a vue produite par un coup violent venant porter sur l'extrémité inférieure du fémur, le tibia étant arrêté contre un obstacle situé en avant de lui. C'est par ce dernier mécanisme, qui d'ailleurs paraît fort exceptionnel, que s'est produite la luxation que j'ai eu occasion d'observer. Cette circonstance, jointe au fait d'une rupture simultanée de l'artère et de la veine poplitées sans lésion des téguments, m'a engagé à communiquer cette observation à la Société. Si en effet es ruptures artérielles, fréquentes dans les cas de déchirure des téguments, se rencontrent parfois comme complication des luxations, sans qu'il y ait lésion de la peau, les ruptures des veines sont beaucoup plus exceptionnelles en pareil cas, puisqu'on ne

cite guère qu'une observation de Turner qui a trouvé la veine poplitée rompue en même temps que son artère. D'ailleurs, au point de vue de l'anatomie pathologique, le fait que je vais rapporter peut présenter quelque intérêt; il n'en a pas moins au point de vue de la clinique : si en effet il est facile de se décider *de plano à* pratiquer l'amputation de la cuisse dans un cas d'ouverture de l'articulation du genou, il est beaucoup plus épineux d'y arriver lorsque les téguments sont intacts et que les phénomènes de sphacèle mal circonscrits paraissent peu disposés à se limiter.

M. L..., propriétaire, âge de 73 ans, homme vigoureux et exceptionnellement conservé, d'un tempérament sanguin, très-actif, surveillait des travaux de construction qu'il faisait exécuter à Vitry-le-François, faubourg de Vitry-le Brûlé, le mardi 8 août 1876, lorsque un lourd poteau en bois, de $3^{m}75$ de hauteur, perdant l'équilibre, s'abattit et vint lui heurter violemment la région postéro-inférieure de la cuisse droite, c'est-à-dire la partie supérieure du creux poplité ; en même temps la partie antérieure de la jambe se trouvait violemment serrée contre un amas de décombres qui la maintenait immobile. Le fémur se trouva ainsi chassé en avant avec une violence considérable, tandis que le tibia était maintenu immobile contre un obstacle très-résistant. L'articulation du genou fut donc soumise à l'action de deux forces agissant en sens contraire.

M. L... fut immédiatement renversé sur le sol et resta quelques instants sans connaissance ; presque aussitôt arriva sur les lieux un de nos confrères qui constata une excoriation superficielle de la peau de la partie moyenne et antérieure de la jambe, avec un enfoncement très-marqué de l'exté supérieure du tibia au-dessous de l'insertion du ligament rotulien; en même temps un énorme gonflement s'était manifesté très-rapidement et occupait le creux poplité, le pourtour de l'articulation du genou et toute la longueur de la jambe. Après un examen nécessairement rapide, notre confrère conclut à l'existence d'une fracture du tibia par cause directe.

Le blessé fut alors transporté sur un brancard à sa demeure, située place d'Armes, à environ 1 kilomètre du lieu de l'accident, et, comme son médecin habituel, je fus appelé près de lui.

Lorsque j'arrivai, le malade était déjà placé sur son lit, non encore débarrassé de ses vêtements : il était entièrement revenu à lui et n'accusait pas une bien vive douleur. La jambe droite était dans la demi-flexion; tout mouvement spontané était impossible, mais des mouvements provoqués de flexion assez étendue et d'extension incomplète étaient possibles ; la jambe reposait par son côté droit sur le lit.

Du tiers inférieur de la cuisse au cou-de-pied régnait un gonflement énorme, très-marqué surtout au creux poplité qui était le siége d'ecchymoses bleuâtres très-étendues : je songeai à la possibilité d'un anévrysme faux consécutif.

L'articulation du genou était distendue, paraissait le siége d'un épanchement abondant et était assez douloureuse à la pression. La ro-

tule semblait légèrement soulevée ; mais ce qui frappait surtout l'attention, c'était l'existence d'une dépression assez profonde au niveau du bord inférieur de cet os, au lieu d'insertion du ligament rotulien, qui semblait avoir été arraché à son extrémité inférieure; mais le gonflement m'empêchait de me rendre un compte exact des rapports des os.

Au niveau de la partie moyenne et antérieure du tibia, existait une plaie contuse assez superficielle, mais qui indiquait l'action d'un choc assez violent ; pas de plaie au creux poplité. Très-peu d'apparence de raccourcissement.

La jambe présentait une chaleur et une sensibilité normales. La mobilité du pied se bornait à quelques légers mouvements d'ensemble, mais celle des doigts était entièrement abolie; quant à la sensibilité, elle existait encore sur son bord interne, sur le gros orteil, sur le 2e et le 3e; elle était très-faible sur le 4e et le 5e, nulle sur la moitié externe de la face dorsale, faible à la plante.

Les battements de la pédicule étaient nuls.

Après cet examen rapide, je place la jambe dans une gouttièr dans laquelle sont disposées des bandelettes de Scultet. Puis, constatant une force plus grande du pouls, et dans le but de prévenir une arthrite traumatique, je fais appliquer 15 sangsues au pourtour de l'articulation du genou; en même temps, quelques frictions à l'alcool camphré sont faites sur le pied, qu'on entoure de flanelle. Potion calmante.

Le 9. — Nuit assez calme, peu de réaction. La jambe est restée bien en place. J'ordonne sur le genou des frictions d'onguent napolitain.

Le pied, se refroidissant de plus en plus, est entouré de fers chauds. On n'obtient ainsi qu'une calorification artificielle et momentanée qui ne se maintient pas.

Par contre, la jambe conserve sa chaleur normale jusqu'au niveau de son 1/4 inférieur. On y constate même une chaleur exagérée qui indique le début d'un phlegmon généralisé.

Du 10 *au* 14. — Rien de bien particulier à noter, calme relatif, peu de douleurs spontanées ; les pansements journaliers sont peu douloureux, ainsi que les soulèvements du membre qu'ils nécessitent. Selles normales, pouls variant de 100 à 110.

Le gonflement poplité et péri-articulaire diminue notablement. La jambe reste toujours tendue, mais la cuisse devient plus souple.

Le 14. — A partir de ce jour, des taches livides d'abord, puis brunâtres apparaissent à la base et le long du gros orteil et font craindre l'imminence de la gangrène. En effet, le lendemain et les jours suivants, elles se manifestent çà et là sur le dos du pied, puis peu à peu l'épiderme s'exfolie laissant sous lui le derme dur et froid. Le sphacèle de la peau gagne la plante du pied et le talon.

En même temps l'état général semble s'altérer : pas d'appétit, quelques hoquets ; néanmoins intelligence très-nette.

Le 16. — Grande agitation pendant la nuit ; d'ailleurs le chaleur atmosphérique, qui depuis le commencement de la maladie se main-

tient très-élevée, devient extrême et se fait surtout sentir dans l'appartement du malade, qui est situé en plein midi.

Le 17 (9e jour). — Le gonflement du creux poplité me paraissant très-notablement diminué; j'examine avec soin l'articulation: je constate, signe qui ne s'était pas encore produit, que la jambe forme avec la cuisse un *angle obtus ouvert en dedans*, et je reconnais alors l'existence d'une luxation fémoro-tibiale. Je la réduis facilement en pressant d'arrière en avant sur la partie postérieure et supérieure de la jambe, de manière à chasser en bas et en avant la tête du tibia. La luxation, après s'être reproduite, se maintint bientôt facilement réduite; les divers mouvements s'exécutèrent sans le moindre craquement osseux; ils étaient seulement accompagnés de la sensation de frottement articulaire qui accompagne la réduction des luxations. Il devenait donc évident que la déformation était due à une luxation; d'ailleurs, aussitôt après la réduction, le creux sous-rotulien signalé plus haut disparut, et la partie supérieure de la jambe reprit son aspect normal. Il devint impossible de porter comme précédemment la jambe en dedans; c'est que l'extrémité articulaire du tibia avait repris sa place normale sous la poulie du condyle.

Je retire alors le membre de la gouttière pour placer un orciller sous le creux poplité, coussin qui suffit provisoirement pour maintenir la luxation réduite, mais que le lendemain je remplace par un double plan incliné.

Le 18. — Nuit calme. Le malade se trouve bien de la nouvelle position de sa jambe; néanmoins le gonflement de celle-ci n'a pas diminué, la sensibilité et la chaleur du pied ne sont pas revenues: ce n'était donc pas à la saillie en arrière du tibia et à une simple compression des vaisseaux poplités qu'il fallait attribuer les accidents d'insensibité et de sphacèle, ainsi que cela avait été signalé dans le cas d'A. Cooper.

Pot. alcool. aconit., 2 grammes; pansement à l'eau phéniquée; poudre de quinquina sur les parties sphacélées.

Du 19 *au* 24. — Continuation de l'extension de la gangrène; les phlyctènes ont gagné la partie inférieure de la jambe; en même temps un foyer, dans lequel la palpation fait reconnaître un bruit hydroaérique, se forme au niveau du 1/3 supérieur du tibia; un autre analogue apparaît au niveau du cou-de-pied.

La plaie superficielle et primitive, située à la partie moyenne et antérieure de la jambe, plaie transversale et de la longueur de deux travers de doigt, se transforme en une eschare noirâtre; fétidité du membre; aspect verdâtre du pied.

Le malade éprouve quelques soubresauts des tendons.

La température, très-élevée depuis l'accident, a beaucoup baissé et est devenue fraîche sous l'influence de pluies abondantes.

Du 24 *au* 25. — Gargouillement, bruit hydroaérique dans l'articulation du genou. Je fais une incision au 1/3 moyen du tibia dans le point fluctuant, des gaz fétides s'échappent immédiatement, puis après eux un liquide séro-sanieux; sous la peau affaissée, je sens le tibia dénudé.

Le 25. — L'état général étant plus calme, la gangrène, due évidemment à une lésion du creux poplité, étant arrivée au voisinage du genou, et des liquides putrides distendant déjà la capsule articulaire, je me décide à ne pas différer l'amputation. Je dois avouer que l'état général du malade, son âge, la crainte d'un commencement de septicémie, et de plus l'incertitude du point précis où devait s'arrêter la gangrène, m'avaient jusqu'alors fait écarter cette décision.

De concert avec M. le Dr Mongin, je propose, le soir à 6 heures, l'amputation au malade, en insistant sur la perte déjà faite de son pied. Il me répond : « Je m'y attendais. » Nous décidons alors que l'amputation de la cuisse au 1/3 inférieur sera pratiquée le lendemain.

Le 26. — Nuit assez calme, rien de nouveau à constater le matin; l'opération est décidée pour 3 heures après-midi.

Assisté de MM. Martin, Tharroy et Mongin, et le malade étant chloroformé jusqu'à complète insensibilité, je pratique l'amputation de la cuisse par la méthode circulaire.

Une certaine quantité de sang veineux s'écoule des veines superficielles; je lie deux artères, la fémorale et une artère de petit volume. La partie postérieure du lambeau est infiltrée de sang noir, mais paraît saine. Je rapproche la plaie par deux bandelettes de diachylon. Pouls faible pendant l'opération, mais pas d'incidents. En somme le malade supporte très-bien l'amputation.

Le soir, léger subdélirium ; pouls relevé. Pendant la nuit, agitation, un peu de délire.

Le 27. — État satisfaisant, pouls suffisamment plein à 110, peu de douleurs locales, bouillon, potage, vin.

Le 28. — Nuit assez bonne, pouls à 90, odeur normale de suintement séro-sanguin, pas d'odeur gangréneuse, pièces de pansement médiocrement infiltrées. Je fais un premier pansement extérieur jusqu'aux bandelettes de diachylon. Le moignon a bon aspect : pas de rougeur, pas de traces de sphacèle. Injection dans la plaie d'eau additionnée d'alcool camphré, facies légèrement jaunâtre, néanmoins état satisfaisant.

Le soir : la journée a été bonne, pouls calme, une intermittence de loin en loin, état satisfaisant.

Le 29.—Matin : nuit assez calme, pouls à 96, pansement satisfaisant; les lambeaux sont chauds, odeur normale, non gangréneuse.

Le 30. — Bonne nuit, un peu de réaction, pouls à 110, pansement complet, on change les bandelettes, teinte grisâtre de la plaie, injection d'eau chlorurée.

Le 1er *septembre.* — Pouls 90, bon état, on change le malade de lit, pansement à l'eau additionnée d'alcool camphré, commencement de développement des bourgeons charnus, alimentation.

Du 2 *au* 8. — Amélioration constante, pansements journaliers, pouls de 105 à 110.

Du 8 *au* 13. — Suppuration assez abondante et de bonne nature, amaigrissement assez marqué ; je prescris un régime plus tonique : potages, côtelettes, vin de quinquina.

Le 12-13. — Sueur assez profuse le matin, suppuration assez abondante le long des gaînes des muscles externes de la cuisse. Issue de tissus cellulaires mortifiés.

Le 16. — Je fais une contre-ouverture en dehors à 6 centimètres au-dessus de la plaie, et j'y passe un drain. Pouls à 112, état général meilleur que ces jours derniers, facies bon.

Le 22. — Forte indigestion à la suite d'aliments lourds et trop abondants; vomissements abondants, sueur, grande prostration. Pouls à 130.

Le 23. — Diète relative, amélioration.

Le 24. — J'ôte le drain, état assez bon, pouls 115.

Le 25. — Le mieux se maintient, le malade se lève une heure.

Le 26. — Pouls à 86, continuation de l'amélioration. La cicatrisation se complète à peu.

Le 2 octobre. — Le malade descend dans la rue pour se promener, le moignon diminue beaucoup de volume; un peu d'œdème de la jambe saine qui diminue progressivement. Depuis cette date, qui remonte à 14 mois, la guérison ne s'est pas démentie, le moignon bien nourri s'est consolidé et s'adapte facilement à un pilon, qui permet au malade de faire, malgré son âge (75 ans), d'assez longues courses.

Examen de la pièce le 27 *août* 1876.

La peau de la région lésée est entièrement intacte. Sous les téguments existe un épanchement sanguin considérable qui remonte le long du fémur. Les muscles qui constituent les limites du creux poplité présentent peu de lésions. Ils sont infiltrés de sang, mais non arrachés; ceux du mollet sont infiltrés d'un pus sanieux. Le ligament rotulien, les ligaments latéraux, internes et externes, sont intacts ; les fibres ligamenteuses postérieures sont déchirées. Les ligaments croisés sont déchirés à leur partie moyenne. Les nerfs ne sont pas lésés ; mais c'est surtout du côté des vaisseaux qu'ont porté les désordres. C'est ainsi que : 1° l'artère poplitée est rompue en arrière de l'interligne articulaire. On remarque dans le bout supérieur un caillot fibrineux qui se prolonge en avant et pénètre dans l'intérieur de l'articulation. Le bout inférieur est revenu sur lui-même.

2° La veine poplitée est rompue plus haut que l'artère, son bout supérieur ne contient pas de caillot ; le bout inférieur est gonflé, rempli d'un gros caillot allongé en forme de sangsue. Il en existe également dans les deux veines origines de la poplitée. Celui du tronc tibio-péronier est plus court que celui de la veine tibiale antérieure.

Lésions osseuses. Une faible partie de tubérosité antérieure du tibia a été arrachée par les fibres internes du ligament rotulien. Une petite portion de la partie articulaire de la tête de cet os a été

décollée par l'extrémité du cartilage semi-lunaire interne. La face inférieure du condyle interne est un peu rugueuse et dénudée par suite de la suppuration. En faisant jouer l'une sur l'autre les extrémités articulaires avant de sectionner les ligaments, on pouvait faire remonter la tête du tibia jusqu'au niveau de la partie moyenne et postérieure du condyle. En résumé, cette observation nous a paru présenter de l'intérêt au triple point de vue du diagnostic, du traitements et de l'anatomie pathologique.

Présentation de malades.

M. Léon LABBÉ présente 2 malades :

Le 1er a subi la résection sous-périostée de la tête humérale;

Le 2e présente une tumeur indéterminée de la paupière supérieure datant de 10 ans.

Discussion.

M. GILLETTE rappelle qu'il a présenté un malade qui avait subi la même opération, et avec un résultat analogue ; il s'était formé une nouvelle articulation et l'abduction était le mouvement le plus entravé.

M. DESPRÈS croit que la tumeur de la paupière est un angiome caverneux : non-seulement toute la paupière, mais l'orbite lui-même, fait partie de la production pathologique. Aussi repousse-t-il toute tentative d'opération ; les injections de perchlorure de fer, elles-mêmes, ne devraient pas être essayées.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire,
CRUVEILHIER.

Séance du 28 novembre 1877.

Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance :

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine;

2° *La Gazette médicale de Bordeaux*, *le Bordeaux médical*, *la Province médicale*, *l'Alger médical*, *la Revue médicale de Toulouse*, *le Lyon médical* ;

3° Le *Medicinisch chirurgische Runds chau*, *la Gazette médicale Italienne Lombarde*, le *Bristish medical Journal* ;

4° Un mémoire du Dr Faucon, membre correspondant, intitulé : *De la péritonite, et du phlegmon sous-péritonéal d'origine blennorrhagique* ;

5° Une lettre du Dr Lucas-Championnière, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

6° Une lettre du Dr Poinsot, de Bordeaux, sollicitant le titre de membre correspondant national :

Le Dr Poinsot envoie à la Société plusieurs mémoires, intitulés: *Etudes cliniques sur l'ostéosarcome des membres* ;

De l'intervention chirurgicale dans les luxation compliquées du cou-de-pied. *Maladies du rectum*. Diagnostic et traitement par William Allingham (traduction) ;

Pathologie chirurgicale des nerfs, etc.;

7° Les leçons de M. le Dr Panas sur les maladies inflammatoires des membranes internes de l'œil, comprenant l'éritis, les choroïdites et le glaucome.

M. Panas annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Bouvier, et lit le discours qu'il a prononcé sur sa tombe :

Messieurs,

Je viens, au nom de la Société de chirurgie de Paris, remplir un triste devoir, celui de rendre un hommage public à la mémoire d'un de nos collègues les plus illustres.

La perte de M. Bouvier nous a été d'autant plus sensible, qu'un fatal accident est venu nous le ravir, au milieu d'une verte vieillesse, alors que tout semblait lui promettre des jours heureux, au sein d'une famille qui le vénérait et l'adorait.

Qui de nous, messieurs, a pu s'empêcher d'admirer, il y a peu de jours encore, ce vieillard presque aveugle qui se faisait conduire régulièrement chaque mardi à l'Académie de médecine, pour y suivre assidûment les séances ? Ce vieillard respectable et d'un abord aussi affable que bienveillant n'était autre, vous le savez, que M. Bouvier.

Hors d'âge désormais pour produire de nouveaux travaux, il venait puiser dans le sanctuaire de la science qu'il aimait tant, et qu'il avait si brillamment cultivée, des enseignements utiles. Digne exemple à offrir aux générations qui s'élèvent et dont elles sauraient trop profiter.

Naguère encore M. Bouvier suivait avec la même assiduité, et en y prenant une part active, les séances de la Société de chirurgie, qu'il a contribué à illustrer par ses travaux et par son réel talent d'orateur.

La Société de chirurgie reconnaissante l'a nommé son président pour l'année 1858, et lui a conféré plus tard le titre de membre honoraire.

Ce n'est, messieurs, ni le lieu ni l'heure de vous parler des travaux scientifiques de notre regretté collègue. Ce soin incombe au secrétaire général, qui, lorsque le moment sera venu, saura remplir ce pieux devoir avec tout le talent que nous lui connaissons. Qu'il me suffise de dire ici combien est grande la place que M. Bouvier s'est faite par son talent et par son savoir, parmi ses contemporains. Travailleur infatigable, esprit perspicace, orateur et écrivain distingué, notre collègue possédait en lui toutes les qualités qui font que son nom restera à jamais gravé dans les fastes de la médecine française contemporaine.

La Société de chirurgie, fière de l'avoir compté parmi les siens, conservera le souvenir ineffaçable de sa mémoire, et par la voix de son président lui adresse un dernier adieu.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Sée. A l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Vast, je désire présenter à la Société un fait analogue de luxation du tibia en arrière que j'ai observé jadis à Strasbourg.

Des chevaux remorquaient un bateau sur le bord du Rhin. A un certain moment le câble accrocha un pieu fixé dans le sol et se couda ; puis il partit comme la corde d'un arc. Dans ce mouvement il vint frapper la partie supérieure de la jambe de l'homme qui dirigeait le travail. Il en résulta une luxation directe et complète de la jambe en arrière.

Le blessé fut transporté à la clinique du professeur Rigaud. On s'attendait à de grandes difficultés dans la réduction : elle fut d'une facilité extrême. Mais dès le lendemain on constata un commencement de gangrène du membre inférieur, et l'on se décida à pratiquer l'amputation de la cuisse.

A l'autopsie on trouva une rupture de tous les ligaments du genou et une violente contusion des vaisseaux fémoraux.

M. Desprès. Dans la dernière séance, à propos de la discussion sur le mal de Pott, j'ai dit qu'il fallait distinguer entre les diverses

variétés de cette maladie. Dans certains cas il n'y a jamais d'abcès par congestion. Je connais un pharmacien atteint de mal de Pott sans abcès par congestion, qui s'est marié et a eu quatre enfants, dont trois ont été atteints successivement de mal de Pott sans suppuration. L'immobilisation n'a jamais été faite dans ces cas, et eût été inutile. Dans d'autres cas, où il existe des troubles de la sensibilité et de la motilité du côté des membres inférieurs, et où des abcès par congestion surviennent, l'immobilisation est de rigueur, pour prévenir l'augmentation de la difformité ; mais je demanderai en quoi l'immobilisation au lit peut être utile pour prévenir le développement des abcès par congestion ou l'invasion de la tuberculose chez les individus prédisposées, les corsets ne peuvent être considérés que comme des moyens palliatifs.

M. Verneuil. J'admets parfaitement la distinction établie par M. Desprès entre les deux variétés du mal de Pott ; mais la question est celle-ci : étant donné un mal de Pott à son début, peut-on diagnostiquer si la maladie sera bénigne et si elle ne donnera pas lieu à des abcès ? Or, cette question étant à peu près insoluble, il est sage de traiter le mal de Pott au début comme si l'on avait affaire à la variété la plus grave. Aussi doit-on insister sur l'immobilisation. M. Desprès se demande comment l'immobilisation peut empêcher les abcès par congestion : il en est de la colonne vertébrale comme des autres articulations, du mal de Pott comme de la coxalgie, par exemple ; avant qu'on ne traitât cette dernière par l'immobilisation, les abcès dans la coxalgie étaient la règle et devenaient la cause de morts fréquentes ; depuis qu'on la traite par l'immobilisation, les abcès sont plus rares et moins graves. De même pour le mal de Pott, lorsqu'on immobilise avec soin la colonne vertébrale, les résultats sont meilleurs et il n'est pas rare de voir les abcès par congestion guérir.

M. Desprès. Je pense que le diagnostic entre les variétés bénigne et grave du mal de Pott est possible. Pour ce diagnostic différentiel, j'attache la plus grande importance aux antécédents. Chez les malades qui ont des ascendants tuberculeux, on doit redouter la forme grave et par conséquent les abcès. Chez ceux-là, outre l'immobilisation, je prescris le traitement général des tuberculeux, et les révulsifs. Mais pour les maux de Pott non tuberculeux je prescris surtout des révulsifs. Je doute d'ailleurs que certains sujets atteints de mal de Pott et issus de tuberculeux puissent jamais guérir, et dans tous les cas, la guérison des abcès par congestion me parait un fait extrêmement rare. Quant à la comparaison du mal de Pott avec la coxalgie, je disais que dans la coxalgie l'immobilisation a un but : obtenir l'ankylose des articulations.

M. Sée. Je viens confirmer ce qu'a dit M. Verneuil. J'ai vu plusieurs enfants envoyés à Berck pour des maux de Pott avec abcès. A Berck, où l'on ne reçoit que les enfants qui sont en état de marcher, on pratique l'immobilisation à l'aide de corsets spéciaux, fabriqués sur place comme les appareils inamovibles, et qui me paraissent préférables à la gouttière de Bonnet, puisqu'ils permettent de joindre le traitement hygiénique à l'immobilisation, ce qui me paraît préférable à la méthode qui condamne les enfants à rester couchés dans leur lit.

M. Marjolin. M. Desprès va trop loin en disant que le mal de Pott avec abcès est incurable. Les exemples de gens atteints de gibbosités et ayant guéri d'abcès par congestion ne sont pas rares. L'influence nocive de la diathèse tuberculeuse ne saurait être mise en doute et a toujours préoccupé les médecins. On a craint que l'immobilisation dans la gouttière de Bonnet et le séjour prolongé au lit ne prédisposassent à la méningite tuberculeuse : c'est une erreur ; le pronostic du mal de Pott est d'autant plus grave que le malade qui en est atteint présente des antécédants tuberculeux, mais ce pronostic n'est pas fatal.

M. Lannelongue. La discussion est engagée sur deux points bien distincts. Le premier est relatif à la gravité du mal de Pott compliqué d'abcès, il m'arrêtera tout d'abord. La présence d'un abcès n'implique pas nécessairement une terminaison fatale. On a vu quelquefois, mais très-exceptionnellement, de petites collections liées très-manifestement au mal de Pott disparaître par résorption. On voit plus souvent la guérison se produire après ouverture spontanée ou artificielle de l'abcès. A l'ouverture spontanée succède un trajet fistuleux, qui donne passage au pus plus ou moins longtemps, tant que la source en fournit. L'ouverture artificielle peut être pratiquée dans le même but, celui de créer un trajet fistuleux ; ou au contraire on veut l'éviter, et d'habitude un certain nombre de ponctions sont nécessaires avant d'atteindre la guérison. Quoi qu'il en soit, il revient tous les ans de Berck, dans nos hôpitaux d'enfants, un certain nombre de malades guéris de maux de Pott compliqués d'abcès.

Le second point en discusion touche à la pratique la plus sérieuse du traitement du mal de Pott. M. Desprès rejette la méthode si féconde en bons résultats de l'immobilisation, il combat l'emploi des appareils. Je ne puis adhérer à ses vues, je les crois funestes ; les appareils sont les moyens les plus utiles, les plus efficaces, les plus sûrs. Mais je considère qu'ils n'agissent pas dans le sens indiqué par nos collègues, c'est-à-dire en vue de produire seulement l'immobilisation de la région atteinte. Leur but principal

est de venir au secours de la région vertébrale déviée et de la soulager du poids des parties du corps placées au-dessus d'elle, poids dont la partie malade a la charge. Ce sont donc des appareils de contention, de soutien. Quelques développements me paraissent utiles à donner à cet égard. L'immobilité de la région vertébrale malade est en effet assurée aux différentes périodes du mal de Pott. Dans la première, la contracture musculaire inséparable de la maladie de Pott, comme elle l'est des autres affections articulaires, se charge de la procurer. Dans une seconde période, la contracture existe encore, mais elle ne peut empêcher la formation de la courbure, elle ne peut rien contre l'effondrement qui se produit; mais dans ce cas et dans les périodes qui suivent, l'immobilité de la région atteinte existe, c'est un fait qui se rattache à plusieurs causes que je crois inutile de développer. On ne peut en effet alors déterminer aucun jeu dans les parties malades. C'est justement par le fait de l'immobilité ou de l'absence de mouvement dans la courbure que je suis conduit à signaler le résultat de mes observations sur le déplacement des centres de mouvement de la colonne vertébrale dans le mal de Pott. A l'état physiologique l'étendue des mouvements de la colonne vertébrale n'est pas la même dans toutes les régions. La région cervicale est la plus mobile, mais à part les mouvements de rotation de la tête sur le cou, la plus grande étendue des mouvements de la colonne cervicale se passe dans les articulations des dernières vertèbres de cette région, c'est-à-dire entre la cinquième cervicale et la première dorsale. La région dorsale n'a pas de mouvements indépendants ou elle n'en a que des vestiges ; ce n'est qu'inférieurement, au niveau des côtes flottantes, là où il n'y a pas de sternum, que les mouvements reparaissent, et ils sont très-étendus dans les premières vertèbres lombaires. En résumé, les points les plus mobiles du rachis correspondent à l'union de la région cervicale avec la dorsale et de la dorsale avec la lombaire.

Lorsqu'une gibbosité occupe l'un ou l'autre de ces points le centre de ces mouvements se déplace, il se porte au-dessus de la gibbosité dans le mal de Pott cervico-dorsal, il se porte au-dessous de la gibbosité dans le mal de Pott dorso-lombaire. Les mouvements qui s'accomplissent dans ces nouveaux siéges sont très-étendus, ils suppléent à ceux que l'immobilité de la courbure ne leur permet pas d'accomplir. Sans rechercher ici les causes multiples qui engendrent cette immobilité, je constate son existence, et, par suite, je suis amené à formuler cette conclusion qu'elle n'est pas plus le résultat de l'application des appareils que le but vers lequel doit tendre leur emploi. Leurs bienfaits qu'on ne saurait méconnaître, leur utilité incontestable depuis le début du mal de

Pott jusqu'à la soudure des différentes pièces de la gibbosité, sont dus à l'allègement qu'ils procurent à la région atteinte par le mal de Pott. Ils doivent donc être appliqués de telle sorte qu'ils recueillent la charge du poids des parties placées au-dessus de la déviation et la transmettent à la colonne vertébrale située au-dessous, et à son défaut au bassin qui la communiquera aux membres inférieurs. La colonne vertébrale étant l'unique moyen solide de transmission du poids du corps aux membres inférieurs, toute gibbosité supporte nécessairement le poids des parties placées au-dessus d'elle. Contre cette pression incessante, fâcheuse à l'extrême, qui produit les effondrements des corps vertébraux, qui augmente l'étendue des courbures, peut-il y avoir de meilleures ressources que celles qui se tirent de l'emploi de moyens thérapeutiques, que la raison seule recommanderait encore, si l'expérience n'avait pas justement établi la nécessité d'y recourir ?

M. Guyon. Tout le monde me paraît d'accord sur la nécessité de la contention, de l'immobilisation et même du séjour au lit dans le traitement du mal de Pott. Les faits démontrent l'excellence de ces moyens. Il est impossible d'établir la distinction que réclame M. Desprès dans la manière de traiter la forme tuberculeuse, et la forme non tuberculeuse. D'ailleurs, la lésion tuberculeuse des vertèbres est loin d'être la forme la plus grave.

M. Trélat. Je proteste contre la manière de voir de M. Desprès, qui subordonne la thérapeutique à un diagnostic douteux. Si vous pouviez être sûr que, dans un cas déterminé, une partie de la colonne vertébrale s'effondre, vous n'hésiteriez pas à placer un étai. Mais vous n'êtes jamais sûr, au début, de ce que deviendra la maladie.

En négligeant la contention et l'immobilisation, vous vous exposez à ne pas remplir l'indication principale. Nous agissons de même pour les arthrites en général, en immobilisant d'abord les jointures malades, sans savoir d'avance quelle sera l'issue de l'affection, et les faits nous donnent raison.

M. Desprès. Je ferai une question à M. Guyon : placera-t-il indistinctement sur tous les maux de Pott un corset, et, dans les cas où il n'y aura pas d'abcès, se croira-t-il en droit de dire que c'est l'immobilisation qui a empêché la formation des abcès ?

Élection d'une commission pour l'examen des titres des membres correspondants étrangers.

Sont élus membres de cette commission :
MM. Giraud-Teulon, Sée, Verneuil, Lucas-Championnière.

Communication sur un corps étranger de l'abdomen.

M. Tillaux. Un homme de 33 ans, sujet à des hallucinations, voulut se suicider, il y a quinze jours, en s'introduisant dans le ventre une aiguille de 12 centimètres 1/2. L'aiguille était rouillée et ne put pénétrer que de moitié : alors cet homme se coucha sur le ventre dans son lit en appuyant l'aiguille contre la semelle d'un soulier. L'instrument pénétra et disparut dans l'abdomen. Lorsque je vis le malade, on sentait l'aiguille sous la peau, immobile, à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane, et dans une direction perpendiculaire à l'axe du corps.

Je discutai la question de savoir si on devait pratiquer immédiatement l'extraction ; au point de vue de la possibilité d'une lésion des vaisseaux, il me parut qu'il y avait intérêt à enlever immédiatement le corps étranger; mais on pouvait se demander s'il n'y aurait pas avantage, en raison d'une lésion intestinale, à laisser le corps étranger en place pour favoriser les adhérences. Comme il y avait déjà 24 heures que l'accident était arrivé, je me décidai à pratiquer l'extraction. Une petite incision, n'allant pas jusqu'au péritoine, permit de saisir l'extrémité de l'aiguille, qui fut rapidement extraite. Il s'écoula une quantité de sang médiocre, je fis l'occlusion exacte de la plaie, je prescrivis la diète et l'opium à haute dose.

Le malade a guéri rapidement et sans le moindre accident. Il a été à la garde-robe et ne ressent aucune douleur.

J'ai fait depuis, afin de me rendre compte du trajet de l'aiguille, deux expériences sur le cadavre. Dans l'une, une aiguille enfoncée au même point a traversé le côlon transverse, l'intestin grêle, l'artère iliaque primitive droite et la veine iliaque primitive gauche, et est venue se fixer dans le corps de la cinquième vertèbre lombaire. Dans la deuxième expérience, l'aiguille a atteint le côlon transverse, deux anses d'intestin grêle, la veine iliaque primitive gauche, et la partie supérieure du corps de la cinquième vertèbre lombaire.

Chez le blessé dont j'ai rapporté l'histoire, outre la lésion de l'intestin, il est probable que l'aorte, une artère ou une veine iliaque a été atteinte par l'instrument. Le point de pratique qui ressort de ce fait est de savoir s'il vaut mieux, en pareil cas, enlever immédiatement le corps étranger ou le laisser quelque temps en place pour favoriser les adhérences péritonéales.

M. Lannelongue. Des faits nombreux prouvent que la piqûre simple de l'intestin n'est pas dangereuse. Il est de plus à supposer que les gros vaisseaux n'ont pas été touchés, car une simple piqûre eût pu être moins inoffensive. En thèse générale, je pense que l'on doit retirer de suite un corps étranger de cette nature.

M. Sée. J'adopterai l'opinion de M. Lannelongue. Les piqûres de l'intestin sont sans danger. Quant à la lésion des vaisseaux, j'ignore si elle a existé, mais je pense que même dans ce cas il y aurait eu avantage à extraire immédiatement le corps étranger. La petite ouverture du vaisseau, en se rétractant, pourrait prévenir l'hémorrhagie ; au contraire, la présence du corps étranger déterminerait une inflammation, un dépôt de lymphe plastique qui transformerait la plaie en un canal rigide et béant, favorisant l'hémorrhagie ; en outre des caillots pourraient se déposer à l'extrémité de l'aiguille, rendre l'extraction ultérieure plus difficile et devenir l'origine d'embolies.

M. Tillaux. Après avoir discuté la question, je me suis décidé pour l'extraction immédiate, et j'ai par conséquent, dans ce cas, suivi la pratique que conseillaient mes collègues. J'ai voulu seulement poser une question de principe, que l'on pourrait étendre en cas d'un corps un peu plus volumineux que l'aiguille dont il s'agit dans ce fait.

M. Lannelongue. La pratique à suivre serait la même pour un instrument plus volumineux, et je rappellerai que les plaies de l'intestin de 1 centimètre et même plus sont bouchées par une hernie de la muqueuse.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
Duplay.

Séance du 5 décembre 1877.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine, de Paris et de la province ;

2° *The Practitioner*, journal de thérapeutique et d'hygiène publiques;

La *Gazette de santé militaire de Madrid;*

The British medical journal ;

Les *Mémoires de la Société de chirurgie de Moscou;*

Le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique ;*

Les *Leçons de chirurgie et de médecine opératoire* du Dr Edouard Albert, professeur de l'Université d'Inspruck ;

Un Mémoire du Dr Topinaud, intitulé *Des Anomalies de la colonne vertébrale chez l'homme;*

Un Mémoire du Dr Simonin, intitulé *De l'emploi de l'éther sulfurique et du chloroforme à la clinique chirurgicale de Nancy ;*

Della vita et della opere, del cav. prof. Alto Tigri;

Du traitement radical de l'ischurie produite par l'hypertrophie prostatique, par le Dr Bottini, de Pavie;

Recherches complémentaires sur l'intoxication par le brai dans la fabrication des agglomérés de houille à Saint-Vaast-lez-Valenciennes, par le Dr Anatole Manouvriez;

Rapport au chirurgien général sur le transport des malades et des blessés à l'aide des bêtes de somme, par George Otis;

Le botaniste Garidel et son neveu Lieutaud, médecin de Louis XVI, par le Dr Félix Chavernai, ancien chef interne des hôpitaux d'Aix;

Du bégaiement et de son traitement physiologique, par le Dr Jules Godard.

Le 13me volume des Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

La Correspondance manuscrite comprend :

Un travail du Dr Poinsot, de Bordeaux, intitulé *Rétrécissement cancéreux de l'œsophage, œsophagotomie externe.*

Commission : MM. Lucas-Championnière ;
de Saint-Germain ;
Terrier, *rapporteur;*

Un travail de M. Leriche, de Mâcon, intitulé *étude nouvelle sur la périnéorrhaphie et le procédé de Delore.*

Commission : MM. Polaillon ;
Perrier ;
Horteloup, *rapporteur ;*

Un mémoire de M. le Dr Chalot, chef de clinique à la Faculté de Montpellier, intitulé *Anatomie et physiologie pathologique d'une phlébartérie par fusion de l'artère radiale.*

Commission : MM. Farabeuf;
Tillaux ;
Delens, *rapporteur.*

Une *note* de M. le Dr Terrillon sur une nouvelle substance destinée à la confection des appareils inamovibles.

Commissaire-rapporteur : M. le Dr Le Dentu.

A propos du procès-verbal.

M. Houel, au nom d'une Commission composée de MM. Tillaux, Desprès, Houel, rend compte de l'examen d'une tumeur de la paume de la main présentée par M. Notta, de Lisieux.

Aspect macroscopique. — Cette tumeur, conservée dans de l'alcool, est du volume d'un œuf de poule, de consistance fibreuse, et présente en un point un prolongement qui lui forme un pédicule. — Sur une coupe faite suivant l'axe du pédicule on voit que la tumeur est formée de deux masses latérales, l'une plus volumineuse, brunâtre, grenue et un peu friable, l'autre moins grosse, grisâtre avec des traînées blanchâtres. Les deux masses sont séparées et entourées par du tissu fibreux qui n'est que la continuation du pédicule. Ses traînées qui se voient dans l'épaisseur de la masse grisâtre la plus petite, sont formées par des prolongements de la coque et de la cloison qui se continue avec le pédicule.

Examen microscopique.—Coupes durcies dans l'alcool, colorées an picro-carminate d'ammoniaque et montées dans la glycérine.

L'on voit une trame formée par du tissu lamineux, disposé en faisceaux dans certains endroits, dans d'autres s'entre-croisant dans toutes les directions ; ce tissu forme des mailles qui circonscrivent des aréoles de grandeur très-variable. Ces aréoles sont remplies par des amas de corpuscules rouges du sang ; les unes présentent une paroi parfaitement lisse qui paraît posséder une surface épithéliale, mais le plus grand nombre ont une paroi irrégulière et formée directement par les fibres du tissu lamineux.

Dans le tissu lamineux on voit en plusieurs endroits des coupes transversales de capillaires et de vaisseaux sanguins, dont quelques-uns ont leur lumière remplie par des globules rouges du sang.

Les coupes ne présentent pas toutes le même aspect ; celles qui sont faites sur le bord de la tumeur sont constituées surtout par du tissu lamineux, qui, en plusieurs endroits, offre de véritables travées fibreuses; dans ces régions les aréoles remplies de corpuscules sanguins sont peu nombreuses et très-petites. Les coupes faites dans la partie centrale, là où la tumeur présente un aspect brunâtre, grenu, ont au contraire des aréoles nombreuses et très-grandes, tandis que le tissu lamineux devient de plus en plus rare et qu'il forme des mailles de plus en plus grandes.

Cet examen microscopique, nous permet donc de classer cette tumeur dans les *angiomes caverneux*.

L'examen histologique a été fait au laboratoire de pathologie expérimentale par MM. Bochefontaine et Marignac.

Communications.

M. de Saint-Germain. Messieurs, si j'ai demandé la parole à propos du mal de Pott, c'est qu'il m'a semblé, d'après ce que j'ai observé depuis bientôt cinq ans, tant à l'hôpital des Enfants qu'à la consultation d'orthopédie des hôpitaux, que les faits n'étaient pas en concordance parfaite avec les opinions qui ont été défendues dans les deux dernières séances, quant au traitement : je veux parler de l'immobilité absolue, complète, prolongée d'une part ; de la non-immobilisation, d'autre part.

Je commence par éliminer absolument le mal de Pott des adultes ; je n'ai eu occasion d'en observer qu'un très-petit nombre ; et je m'attacherai spécialement au mal de Pott des enfants, affection, comme vous le savez, excessivement fréquente et constituant à elle seule, avec la coxalgie, un bon tiers des malades qui nous sont amenés.

Si ces malades sont nombreux, ils sont loin de présenter tous les mêmes symptômes; un seul signe leur est commun : la gibbosité, soit qu'elle affecte la forme angulaire franche, soit qu'elle présente la forme de courbure un peu allongée à laquelle les Anglais donnent le nom d'excurvation.

Il nous est, en effet, malheureusement très-rarement donné d'être consulté pour le mal de Pott au début ou mieux à l'état de suspicion, c'est-à-dire alors que l'effondrement du corps vertébral ou des corps vertébraux n'a pas encore produit la saillie épineuse.

Je crois, en effet, par quelques faits observés, qu'à cette période des révulsifs puissants unis à l'immobilisation auraient souvent raison de la maladie.

La gibbosité est donc un fait acquis, et c'est cette gibbosité même qui a donné l'éveil aux parents et les a engagés à venir consulter.

Ce qui diffère absolument chez les enfants, c'est l'élément douleur.

Chez certains d'entre eux, et ce n'est certes pas le cas le plus fréquent, il y a des douleurs vives, soit spontanées au moindre mouvement de flexion ou d'extension, soit provoquées quand on vient à appuyer fortement sur l'apophyse épineuse saillante, ou quand, l'enfant étant couché sur le ventre, on soulève doucement ses jambes de manière à lui cambrer les reins. Cette douleur coïncide presque toujours avec une lassitude extrême dans la station, la marche très-hésitante et le besoin constant que le malade éprouve de s'appuyer à l'aide des mains sur la partie antérieure des cuisses.

Dans ce cas, je pense, comme MM. Verneuil et Trélat, qu'il n'y a qu'une seule règle de conduite à tenir, l'immobilisation complète à tout prix; j'estime même qu'en cas de résistance de la part des parents, et cela arrive plus souvent qu'on ne pense, il y a lieu de récuser toute espèce de responsabilité et de refuser absolument de se charger du malade si la répugnance de la famille ne cède pas devant les arguments fournis par le chirurgien.

Cette immobilisation s'obtient facilement, ainsi qu'on le sait, soit à l'aide de la cuirasse moulée, soit à l'aide de la gouttière de Bonnet. Le seul reproche que l'on puisse faire à ces appareils est leur prix trop élevé et, par suite, peu abordable aux gens qui constituent la clientèle des consultations hospitalières. Aussi ai-je fait construire, d'après les conseils de mon ami le Dr Bastien, une sorte de succédané de la gouttière : c'est une claie recouverte d'un petit matelas piqué, enveloppant, tout en lui laissant les bras libres, l'enfant comme dans un berceau et maintenu incurvé à l'aide de cerceaux circulaires ou de sangles bouclées. Cet appareil, peu coûteux, force les malades à rester couchés sur le dos et les empêche surtout de se placer sur le côté, prenant cette attitude si défavorable au mal de Pott à laquelle on a donné le nom trivial, mais expressif et vrai de décubitus en chien de fusil.

Lorsque les douleurs sont exceptionnellement vives et la gibbosité très-angulaire, cet appareil, pas plus que la gouttière de Bonnet, ne donne de résultats satisfaisants. Aussi ai-je employé parfois avec succès un appareil qui, je crois, a été construit pour la première fois chez le Dr Pravaz et qui a été imaginé par le Dr Gilbert d'Hercourt, et qui consiste en un sommier en dos d'âne recouvert de cuir ou de moleskine, muni d'épaulettes fixant le malade sur le dos et présentant deux cavités, l'une destinée à la gibbosité et comblée par un ballon à air demi-plein, l'autre destinée à supporter le siége du malade et à recevoir les urines et les déjections.

Quel que soit l'appareil employé, son usage devra être prolongé six mois, un an, dix-huit mois, deux ans, jusqu'à ce que tout travail phlegmasique ait cessé et que toute douleur, soit spontanée soit provoquée, ait disparu.

Mais, comme je le disais plus haut, il est rare de voir le malade se présenter avec les mêmes symptômes aigus que je signalais.

Le plus souvent, l'enfant n'a qu'un signe : la gibbosité. — Point de douleur. — Peu de faiblesse. — Point d'hésitation dans la marche. La tête est seulement quelque peu enfoncée dans les épaules, la poitrine plus bombée que d'habitude, et la roideur appréciable quand on vient de cambrer les reins.

Parfois enfin tous ces signes, sauf ce dernier, manquent et l'on

perçoit tout simplement, dans un point correspondant à une des apophyses épineuses, une petite nodosité, un petit angle qui ne laisse pourtant pas de doute sur la nature même de l'affection.

Ira-t-on dans ce cas conseiller d'immobiliser l'enfant dans une gouttière et de le tenir couché sur le dos durant une année ? Outre qu'il sera absolument impossible d'obtenir ce résultat des parents, qui semblent s'être donné le mot pour résister à l'emploi de cette méthode, je ne crois pas que cette incarcération soit nécessaire ; tout en estimant très-exagérées les craintes des parents relatives à l'incarcération et au développement des tubercules, je ne puis me dissimuler que l'immobilité a des inconvénients quand elle n'est pas absolument nécessaire, inconvénients dont un des principaux est l'habitude de l'onanisme, si fréquent chez les enfants immobilisés et né de l'ennui qui les accable ; je crois que dans ce cas il y a lieu d'employer un moyen terme, l'immobilisation relative ; et je vois tous les mercredis à la consultation du Bureau central, j'observe depuis quatre ou cinq ans dans ma clientèle privée, de petits malades, que j'ai fait mouler au début, auxquels j'ai permis de marcher, avec la plus grande modération et un appareil orthopédique, sans que j'aie vu se développer chez eux, soit des abcès par congestion, soit un développement plus considérable de la gibbosité. Bien plus, sous l'influence des deux lordoses de compensation qui s'établissent au-dessus et au-dessous de la saillie vertébrale, sous l'influence de la croissance du tronc qui s'élève, la gibbosité restant la même, j'ai constaté une amélioration notable dans la structure des petits malades.

Les appareils qui m'ont servi sont au nombre de deux, suivant la hauteur de la gibbosité. Quand celle-ci est au-dessous de la deuxième dorsale, le corset à tuteur postérieur, lequel n'est autre chose que le corset de Taylor simplifié et, par suite, beaucoup moins cher, remplit parfaitement l'indication. Quand le mal de Pott est au-dessus de la deuxième dorsale, je n'hésite pas à employer une sorte de minerve fixant d'une manière absolument exacte la région cervicale et empêchant la tête de se livrer à toute espèce de mouvement.

Dans tous les cas, quelle que soit la forme du mal de Pott que j'ai observée, j'ai toujours constaté que le massage, les manipulations, les attitudes dites gymnastiques, quelles qu'elles fussent, avaient le résultat le plus déplorable ; et j'ai même observé une paraplégie immédiate produite, sous mes yeux, par une flexion latérale dans un cas où, par une déplorable erreur de diagnostic, un mal de Pott à courbure douce non angulaire avait été pris, malgré mes observations, je dirais presque mes objurgations, pour une cyphose essentielle.

En un mot, pour terminer cette communication déjà bien longue, je concluerai ainsi :

Immobilité absolue dans la gouttière, la claie ou le lit de Gilbert d'Hercourt avec emploi des réversifs et surtout des pointes de feu, quand il y a douleur, et jusqu'à ce que la douleur ait cessé;

Immobilité relative à l'aide du corset à tuteurs postérieurs ou de la minerve modifiée, dans les cas où la gibbosité indolente permet de faire espérer que tout travail phlegmasique a cessé;

Dans tous les cas abstention complète de mouvements communiqués tels que massage, attitudes gymnastiques, et la plus grande modération dans les mouvements.

Je terminerai en disant que l'administration du phosphate de chaux m'a paru être un puissant adjuvant, ainsi que l'usage des bains sulfureux, qui m'ont semblé avoir une valeur beaucoup plus réelle que les bains salins et notamment les bains de mer, qui produisent souvent chez les petits malades une excitation fâcheuse.

Discussion.

M. Marjolin. L'intéressante communication de M. de Saint-Germain résume l'opinion de la majorité des chirurgiens. Je signalerai un point cependant qui n'a pas été indiqué par notre collègue, c'est le moment où il faut faire cesser le décubitus dorsal et y suppléer par l'emploi des corsets ou autres appareils : à ce moment l'incurvation peut encore se produire et toute action mécanique serait dangereuse, il faut saisir le moment où le tassement peut encore se faire.

Des fistules de la trachée. — Guérison d'une fistule rebelle aux sutures et aux cautérisations, cause de l'échec des sutures.

M. Desprès présente un malade guéri d'une fistule au larynx consécutive à une trachéotomie et au séjour prolongé d'une canule.

Voici d'abord l'observation qui a été recueillie par M. Bouhy, interne du service de M. Bucquoy, et par M. Brun, actuellement interne dans mon service.

Toute la première partie de l'observation est intéressante pour expliquer la production de la fistule, car le fait en lui-même est déjà exceptionnel, il y a des malades qui ont gardé des canules un an et plus et qui n'ont point, néanmoins, conservé de fistule lorsque l'on a retiré définitivement la canule [1].

[1] La partie médicale de l'observation a été discutée à la Société médicale des hôpitaux de Paris. (*Union méd.*, 1872.)

Obs. — Deiss (Frédéric), entré à l'hopital Cochin, service de M. Bucquoy, salle Saint-Jean, n° 11, le 27 janvier 1872

Cet enfant a une apparence chétive et souffreteuse ; âgé de 17 ans, il en paraît avoir seulement 11 à 12 ; sa figure est celle d'un enfant, il n'a aucune apparence de puberté, les organes génitaux sont très-peu développés.

Il ne peut donner aucun renseignement sur ses parents, qu'il n'a pas connus; il aurait une sœur, qu'il a perdue de vue depuis longtemps.

Dans son enfance et jusqu'à ces derniers temps, il a eu des ophthalmies répétées, accusées actuellement par de légères nébulosités cornéennes; des croûtes dans le nez et une otorrhée purulente.

Jamais d'impetigo du cuir chevelu ; pas de traces d'abcès ganglionnaires.

Les ganglions cervicaux et occipitaux, ceux de la région inguinale sont légèrement engorgés, durs au toucher, mobiles sous les téguments, et disposés en chapelet ; les ganglions épitrochléens sont facilement appréciables.

Pas de traces d'ulcérations ni de cicatrices sur les organes génitaux; anus non infundibuliforme.

Las incisives moyennes supérieures sont un peu échancrées en demi-lune et cannelées dans le sens de la longueur ; à droite et à gauche, la 2e molaire est cariée ; la carie a donné lieu à droite à un peu de périostite alvéolo-dentaire.

Ce malade entre à l'hôpital pour un mal de gorge qui a débuté il y a 3 mois d'une manière insidieuse sans jamais être franchement aigu ; le malade a toujours pu manger et boire comme d'habitude, en n'éprouvant qu'un peu de gêne de la déglutition et sans jamais ressentir de douleur vive. — Aucun traitement n'a été suivi.

On constate actuellement une rougeur assez intense de la partie postérieure de la voûte palatine, du voile du palais et de ses pilliers, avec tuméfaction générale des parties, diminuant d'une manière permanente le diamètre transversal de l'isthme du gosier. Les piliers sont durs, tendus et peu contractiles ; les postérieurs ont contracté avec le fond du pharynx des adhérences intimes et se confondent avec lui. De là, également, diminution dans le diamètre antéro-postérieur du pharynx.

A droite, vers l'union de la voûte palatine et du voile du palais, on voit deux perforations d'un demi-centimètre d'étendue environ, séparées par une petite bride qui semble formée seulement par la muqueuse. Les bords de la perforation sont cicatrisés, minces et souples.

Vers la suture médio-palatine, on voit deux ou trois petites ulcérations superficielles, à peu près cicatrisées aujourd'hui.

La luette est courte, irrégulière et a évidemment subi également un travail d'ulcération ancien ; car, par son bord gauche, elle a contracté adhérence avec le pilier correspondant du voile du palais. La bride qui les unit est dure et blanchâtre, sur le pilier antérieur droit, on voit également vers son bord libre une cicatrice blanche, nacrée.

L'examen laryngoscopique montre que ces lésions ne sont pas bor-

nées au pharynx. L'épiglotte est, en effet, presque complétement détruite; les replis aryténo-épiglottiques sont épais et comme boursouflés ; le larynx reste presque immobile dans les efforts que le malade fait pour crier. Les cordes vocales sont minces et comme atrophiées ; le larynx, d'ailleurs, est, comme les organes génitaux, dans un état très-imparfait de développement.

La voix est nasonnée, cassée et à demi éteinte. Il y a une gêne constante de la respiration qui se traduit par un état permanent de cyanose, un tirage cervical très-accusé et une dyspnée qui s'exagère quand le malade se livre à quelque effort ou monte les escaliers.

Le ronflement est tel pendant le sommeil, que le malade empêche ses voisins de dormir; pendant la veille, la respiration est toujours plus ou moins bruyante.

Traitement : sirop de Gibert, sirop d'iodure de fer; régime tonique.

Sous l'influence de la médication, les ulcérations se cicatrisèrent et les perforations se rétrécirent, mais la gêne de la respiration ne faisait qu'augmenter et se compliquait d'accès de dyspnée revenant le soir et surtout la nuit, à tel point que dans le courant de mai et de juin le malade fut plusieurs fois sur le point d'asphyxier.

Dans le mois de juin, à ma visite du soir, trouvant le malade en proie à un de ces accès de dyspnée, véritable asphyxie aiguë entée sur un état d'asphyxie chronique, je crus ne pas devoir retarder davantage l'opération de la trachéotomie, qui avait été déjà discutée plusieurs fois et toujours ajournée.

L'opération se fit simplement avec le bistouri par le procédé classique; les suites en furent des plus heureuses, et en peu de temps, en deux mois environ, on peut dire que le malade fut transformé. Il grandit, se développa, reprit de la fraîcheur et de l'embonpoint et parut tout à fait heureusement modifié dans son état général. L'état local ne marcha pas d'un pas égal vers l'amélioration; chaque tentative d'extraction de la canule avec occlusion de l'orifice était suivie d'une menace d'asphyxie, et au mois de janvier 1873, je quittai le malade porteur de sa canule qu'il devait encore garder longtemps.

Depuis le mois de janvier 1873 jusqu'au mois de mai, le petit malade resta dans le service de M. Bucquoy où il reprit des forces et se développa rapidement. Il sortit avec sa canule et ne s'en trouvait pas autrement incommodé.

Le 29 août 1874, Deiss entra dans le service de M. Desprès, baraque 3. La respiration s'effectuait bien par les voies naturelles, lorsque l'on enlevait la canule. L'indication de retirer celle-ci était donc indiscutable.

L'angine gangréneuse était d'ailleurs entièrement guérie; il n'y avait pas de rétrécissement du larynx, tous les ulcères étaient cicatrisés. Le voile du palais en partie détruit adhérait au pharynx dans presque toute son étendue, sauf à droite de la luette où il existait encore un pertuis pouvant donner passage à une sonde de Belloc; ce qui, par parenthèse, ne gêne point le malade autant qu'on pourrait le supposer.

Tous les ganglions engorgés avaient repris leur volume normal, le malade était transformé.

La canule est retirée le 5 septembre, 28 mois après l'opération de la trachéotomie. La plaie se rétrécit rapidement, mais en même temps la peau et la muqueuse se soudèrent malgré des cautérisations tous les deux jours avec le nitrate d'argent, et il resta une fistule de 5 millimètres de diamètre, presque toujours baignée de mucosités. Après deux mois d'attente, voyant que cette fistule ne se rétrécissait pas, M. Desprès fit une suture. Le 2 décembre, la fistule, avivée et prolongée un peu en haut et en bas par une incision, fut réunie par cinq points de suture métallique. Le 3e jour, le point central avait coupé les tissus, quoique la suture ait compris une bonne épaisseur de la peau. Les fils furent enlevés le 6e jour, et le point qui avait manqué fut cautérisé avec une pointe de crayon de nitrate d'argent. Rien ne fit, il resta une fistule pouvant recevoir à frottement le bout d'un stylet de trousse; tout le bénéfice de l'opération avait été de diminuer la fistule des 4/5 environ : des cautérisations avec un stylet rougi produisaient pendant plusieurs jours une occlusion de la fistule par une croûte, et le malade semblait guéri, mais lorsque la croûte tombait on retrouvait la fistule. M. Desprès proposa une nouvelle suture, que le malade refusa. Deiss sortit de l'hôpital le 9 juin 1875, et garda sa fistulette qui, disait-il, ne l'incommodait pas et n'empêchait nullement l'émission des sons.

Le 19 octobre 1877, le malade revient à l'hôpital décidé à se faire opérer parce que, disait-il, l'air entrant par sa fistule lui causait des rhumes fréquents.

Le 3 novembre, M. Desprès opère le petit malade : l'orifice de la fistule est avivée, et après une incision verticale de 4 millimètres au-dessus et au-dessous de la fistule, tout le trajet en est enlevé; une suture est ensuite faite en comprenant une grande épaisseur de tissus, 8 millimètres au moins. Cinq épingles sont placées et serrées avec un fil, la suture employée était la suture entortillée.

Le 3e jour, le point du milieu a coupé, et l'air et des mucosités sortent par la fistule, dont le trajet suppure. Les points de suture situés au-dessus ont tous tenu.

Il se reproduisait ici ce qui a été constaté dans les 3 observations connues de bronchoplastie, où un point ou deux avaient manqué.

M. Desprès enleva les épingles le 5e jour et, constatant que la flexion forcée de la tête sur le tronc empêchait l'air de sortir par la fistule, plaça pendant deux jours les bandage appropriés pour les plaies du larynx, deux lacs entourant l'un la tête et l'autre les aisselles, fléchissant fortement la tête sur le tronc. Ce bandage étant très-péniblement supporté, M. Desprès y renonça. Une bande de diachylum entourant le cou et appliquée comme le précédent bandage pour obtenir la réunion par seconde intention ne contenait rien ou ne pouvait être supportée. Alors, poursuivant toujours le même but, M. Desprès fit deux plis larges de chaque côté de la plaie avec la peau du cou, très-lâche comme on le sait en ce point, de façon à comprimer la plaie au fond des deux plis, et passa une épingle dans ces plis et la serra avec un fil. Cette

opération a été faite 8 jours après la première opération. Le point de suture a été laissé en place 7 jours et il coupait déjà les tissus lorsqu'il a été enlevé. La peau reprit alors sa place et, à la grande satisfaction de tous, la fistule a été trouvée fermée, et solidement fermée.

Les plaies faites par les épingles se sont cicatrisées en 15 jours, sous les cataplasmes; le malade est aujourd'hui entièrement guéri.

Les observations de fistule de la trachée et du larynx sont peu communes. Est-ce que, comme l'a dit Velpeau, on n'a publié que les rares observations où la suture a réussi, ou que les malades ont supporté l'existence d'une petite fistule qu'ils pouvaient cacher sous la cravate ? toujours est-il qu'il n'a été publié dans les livres classiques et dans les bulletins de la Société de chirurgie que 3 observations où la suture a été employée avec succès pour des fistules du larynx : deux fois la fistule était consécutive à un traumatisme; une fois elle était la suite d'un abcès gommeux, sans doute du larynx : c'est l'observation lue ici par M. Lefort [1]; l'observation que je présente est un exemple prodigieusement rare de fistule de la trachée consécutive à une trachéotomie.

On fait bien remonter à A. Paré les premiers essais de suture, mais il ne s'agissait alors que de la suture de plaies récentes. Je ferai remarquer en passant que les indications bibliographiques de Louis et de Velpeau ne sont pas exactes : c'est au livre VIII qu'il est question des plaies de la trachée et de la suture et non aux livres IX ou X. Ajouterai-je que c'est là que se trouve l'épigraphe inscrite sur la petite statuette de A. Paré qui décore ce mur, et que le sculpteur David d'Angers n'a pas cité plus exactement que les médecins ? A. Paré avait pansé un enseigne du nom de François Prévost et en rapportant cette histoire il a écrit : *Je l'ay pansé jusques à la fin et Dieu l'a guari.*

Ces faits anciens ne se rapportent que de très-loin à mon sujet. Mon malade avait une fistule consécutive à une plaie ancienne, une trachéotomie faite 28 mois auparavant l'observation de ce jeune garçon me fournit l'explication de la cause des difficultés que l'on a à réunir d'emblée une suture d'une fistule des voies aériennes. Ce n'est point le passage facile de l'air ou des mucosités entre les lèvres de la plaie qui fait échouer la suture, c'est la mobilité de la trachée. Normalement la trachée et le cartilage cricoïde glissent dans une gaîne aponévrotique dépendant de l'aponévrose cervicale profonde pendant les mouvements de déglutition et pendant l'émission des sons et dans les grandes inspirations, c'est-à-dire environ les quatre cinquièmes du jour. Lorsqu'il y a une fistule, les bords

[1] Fistule du Larynx. (*Bull. Soc. de chir.*, 1864, p. 489.)

de l'ouverture trachéale et de la peau sont soudés, tous les mouvements de la trachée se transmettent à la plaie, et lorsque l'on a avivé la fistule et fait une suture à la peau, les tiraillements ne sont pas moins évidents; et comme il n'est pas possible de comprimer efficacement la plaie réunie, la désunion est fatale dans une plus ou moins grande étendue. Cela est arrivé à Dupuytren, qui avait opéré un malade, opéré la seconde fois par Velpeau ; cela est arrivé à Velpeau et à M. Lefort, et j'ai observé le même accident lors de ma première opération sur Deiss ; toujours on voit un point de la suture manquer, une ou deux fistulites persistent et nécessitent pour guérir des cautérisations répétées pendant trois mois en moyenne. On observe ici ce que l'on constate pour les fistules uréthrales, qui sous un rapport ont de l'analogie avec les fistules de la trachée ; la verge dans son fourreau glisse et change de volume à chaque urination, ou pendant l'érection, et il est impossible d'immobiliser suffisamment la plaie, comme il est difficile d'immobiliser la plaie trachéale; les conséquences sont aussi les mêmes, il est rare que l'on réussisse d'emblée la suture d'une fistule uréthrale.

Les opérations faites sur mon petit malade ont la valeur d'expériences ; constatez, je vous prie, que les sutures échouent en un point malgré l'épaisseur des tissus compris dans la suture, deux fois le point central manque et il reste une fistulite, et voici que cette plaie en suppuration se réunit du premier coup par seconde intention en moins de 8 jours lorsque l'immobilisation est obtenue. Cela permet de comprendre l'assertion de Larrey qui pensait que l'avivement simple de la fistule et un bandage pouvaient obtenir la guérison de la fistule, mais cela ne peut se concevoir que pour la réunion des plaies transversales, les seules qui puissent être immobilisées par un bandage.

En réalité la suture de deux plis de la peau de chaque côté de la fitule a rapidement obtenu une réunion, par un procédé qui n'est autre que le procédé de réunion par première intention par simple position, les bords de la plaie sont maintenus en contact comme le seraient les bords d'une plaie de l'aine, pendant la flexion de la cuisse sur le bassin. Je suis tellement persuadé, que dorénavant, en présence d'une fistule de la trachée et même d'une fistule uréthrale, je ferai simplement l'avivement de la fistule et je réunirai par suture deux larges plis de la peau de chaque côté de la fistule de façon à maintenir ses bords rapprochés au fond des deux plis, ils y seront mieux mis en contact que par toute suture, et surtout seront mieux immobilisés.

Voici comment je formulerai le procédé :

1er temps. Avivement de la fistule dans toute l'étendue du

trajet de la fistule, débridement en haut et en bas dans une étendue de 3 à 4millimètres.

2e temps. Formation de deux plis à la peau de chaque côté de la fistule avivée, on prend autant de peau que l'on peut pour faire le pli, on traverse les plis avec une grosse épingle dans la partie épaisse du pli, et on fait un point de suture entortillée.

Le 5e jour on peut enlever la suture, ce n'est que par précaution que je l'ai laissée 7 jours et parce que j'avais à obtenir une réunion immédiate secondaire.

Discussion.

M. Gillette. Je crois que ces observations sont plus nombreuses que M. Desprès ne le croit, je signalerai en particulier un fait appartenant à Marquette (*Gaz. des hôp.*, n° 25).

Le procédé de M. Desprès me paraît avoir une grande analogie avec celui de Velpeau.

M. Desprès. Velpeau obtenait le même résultat que moi, mais sans s'en rendre compte ; il subsistait de plus une fistulette à chaque extrémité du lambeau qu'il taillait.

Communications.

Adéno-chondrome du voile du palais, par M. Trélat.

Ces observations ne sont pas très-nombreuses ; le jeune homme qui fait le sujet de la mienne a été observé par MM. Broca, Gosselin, Verneuil.

Adéno-chondrome de la moitié droite du voile du palais; extirpation. Guérison,

par M. Trélat.

Observation recueillie par M. Smith, interne.

Gaston, conducteur d'omnibus, entré le 7 novembre 1877 dans le service de M. Trélat, salle Saint-Jean, n° 12. C'est un jeune homme de 19 ans, vigoureux, d'une constitution parfaitement saine, vierge de scrofule et de syphilis, il est seulement affecté depuis son enfance d'un nystagmus assez prononcé. Les antécédents héréditaires, pas plus que ses antécédents personnels ne peuvent éclairer sur la nature de son mal. Son père est mort d'un vomissement que, d'après le récit du malade, on ne peut regarder comme symptomatique du carcinome stomachal; son frère est mort d'une granulie aiguë.

Petite à son origine, la tumeur a commencé à se développer il y a un an. On peut être assuré que c'est bien là le début de l'affection, car l'attention du malade intelligent, d'ailleurs, a été éveillée par un abcès dentaire au même endroit ouvert il y a 2 ans.

Depuis un an donc, cette tumeur a subi un accroissement régulier et graduel, sans hémorrhagie aucune, sans la moindre douleur, sans réagir sur les ganglions, qui maintenant encore sont intacts. Enfin, il y a trois mois, une ponction fut faite par un médecin; il n'est sorti qu'un peu de sang.

L'état actuel est le suivant : l'isthme du gosier est obstrué par une tumeur arrondie sphéroïde du volume d'une petite orange, qui occupe la moitié droite du voile du palais et le pilier antérieur droit qu'elle déforme, rapproche ainsi du pilier gauche sur lequel elle rejette la luette. Cette tumeur, qui se trahit au dehors par une tuméfaction mal circonscrite de la région parotidienne, est recouverte par une muqueuse un peu rouge, saine d'ailleurs, et glissant sans trop de difficultés sur le tissu sous-jacent. Le doigt, porté d'avant en arrière, sent, au passage de la voûte et du voile, une sorte de bourrelet, limite de la tumeur, sur laquelle la muqueuse passe à la manière d'un pont : c'est une preuve de la complète indépendance du néoplasme et de la voûte osseuse; la partie interne est facilement circonscrite, la partie inférieure l'est moins, mais la partie postéro-supérieure est d'un accès très-difficile : cependant une sonde passée dans la narine droite est sentie dans le pharynx. La consistance est dure, presque ligneuse; une foule de petites saillies très-dures s'élèvent dans tous les points; enfin un palper attentif fait reconnaître que la partie inférieure a une résistance au doigt plus considérable que la partie supérieure; mais c'est en vain qu'on chercherait un point fluctuant ou ramolli. Il est plus difficile d'établir si la tumeur est mobile, après plusieurs explorations on a cru pouvoir transmettre quelques mouvements dans le sens antéro-postérieur. Quant aux mouvements latéraux, ils sont tout à fait impossibles.

Les fonctions sont peu gênées, la déglutition assez facile, l'odorat excellent, la voix est nasonnée depuis deux mois; depuis la même époque le malade accuse quelques sensations d'étouffements, de besoin d'air qui reviennent par moment.

MM. Broca, Gosselin, Verneuil ont vu le malade; et, ayant eu l'occasion d'observer des tumeurs analogues, ont pensé à un adénome du voile du palais. Mais M. Trélat, tenant plus particulièrement compte de l'âge du malade, de la dureté de la tumeur, des petites saillies très-dures qui la hérissaient, de ces adhérences enfin, soit à la branche montante du maxillaire inférieur, soit à l'apophyse ptérygoïde, diagnostique un enchondrome. Néanmoins, fort de l'accord de ses trois collègues au point de vue des indications opératoires, il fait l'ablation de la tumeur le samedi 10 novembre 1877.

Il commence par une grande incision courbe à convexité dirigée vers la luette; les lambeaux de muqueuse sont facilement séparées de la tumeur, à la partie antérieure, avec le doigt. Sur ce point sont d'a-

bord placées les pinces de Museux ; mais elles ne ramènent à plusieurs reprises que des parcelles de tissus très-friables et d'aspect glandulaire. L'opérateur place alors une érigne à chaque extrémité du néoplasme et cherche à le faire basculer; mais il résiste et tient fortement en arrière et sur le côté ; avec une rugine mousse, maniée assez fortement, on triomphe de ces adhérences, le doigt complète l'énucléation et la tumeur cède, bascule, et laisse voir la spacieuse cavité qui la contenait. Explorant une dernière fois les parois de cette vaste loge, on détache avec le doigt les parcelles de tissus qui y tenaient encore : tous ces mouvements sont sentis à l'extérieur au niveau de la région parotidienne. Il faut surtout noter que l'écoulement de sang a été presque nul. On voit donc que, sauf pour l'incision initiale, le bistouri n'a aucunement servi; que toute l'opération a consisté dans l'éradication, la rugissation, l'énucléation; l'examen de la tumeur est consigné à la fin.

11 novembre.—Le lendemain le malade présente une légère réaction fébrile: 38° le matin; 38,4 le soir ;la région parotidienne est rouge tuméfiée, douloureuse, le voile du palais assez gonflé pour faire croire à un observateur non prévenu que la tumeur n'a pas été enlevée; la respiration est gênée par moments.

12 novembre. — Le troisième jour, même état; matin 37,8, le soir 38 5.

13 novembre. —Le quatrième jour amélioration sensible; on fait des injections d'eau tiède par l'orifice laissé sur le voile par l'incision; 38°.

14 novembre. — Le malade va mieux, la tuméfaction diminue, la respiration est facile; cependant en pressant la région parotidienne, on fait sourdre quelques gouttelettes de pus sur le voile du palais. 37,4; 37,9 le soir.

15 novembre. — Le malade est bien, les fonctions faciles; la tumeur est réduite aux 3/4 de son volume primitif; 37°.

16 novembre.—Le lendemain il est en état de quitter l'hôpital. Huit jours après le malade revu va parfaitement.

Examen histologique fait par M. Malassez au laboratoire du Collége de France.

La tumeur est irrégulièrement ovoïde, cependant à la partie inférieure elle présente comme un second lobe assez accusé; à sa partie externe se trouve une large excavation losangique correspondant à l'apophyse ptérygoïde.

Une coupe antéro-postérieure et verticale fait voir une surface blanche à reflets nacrés sur laquelle s'élèvent des saillies manifestement cartilagineuses. Elle est enveloppée de toutes parts d'une coque fibreuse comme en ont les sarcomes à leur début. M. Malassez déclare qu'elle est composée de trois tissus, l'un épithélial glandulaire, le second muqueux, le troisième cartilagineux.

Sur toute la périphérie s'étend le tissu épithélial formé de cellules exactement semblables à celles des glandes salivaires ; ce tissu est plus épais en avant et projette, comme autant de racines, d'assez nombreux tractus qui de friables, de rosés qu'ils étaient, changent d'as-

pect et de structure, pour devenir légèrement jaunâtres et constitués par des tissus muqueux. Dans les intervalles et au centre, formant la masse de la tumeur, le tissu cartilagineux très-jeune en haut et ressemblant à celui des animaux inférieurs, un peu plus avancé dans son développement en bas. En général le tissu ressemble à l'enchondrome de la parotide. Pour M. Malassez cette tumeur ne s'est pas développée aux dépens des os voisins, elle s'est formée dans une glande salivaire du voile du palais dont l'épithélium périphérique est un vestige.

Polype muqueux des arrière-narines saillant dans le pharynx.

J'ai déjà attiré l'attention sur les polypes mous des fosses nasales occupant l'orifice postérieur et qui ont été pris si souvent pour des polypes naso-pharyngiens. On trouverait 15 ou 20 observations, tant dans la thèse de M. Guichet, qui en a réuni cinq cas, que dans les publications périodiques. Ces tumeurs ne s'accompagnent ni d'hémorrhagie, ni d'étouffements, bien qu'elles soient souvent volumineuses. L'ablation s'en fait facilement soit par l'arrachement, soit par l'application de l'anse galvano-caustique.

Polype muqueux des arrière-narines saillant dans le pharynx,

par M. Trélat.

Observation recueillie par M. Ch. Schmitt.

Crozet (Joséphine), 33 ans, femme de ménage, entre le 20 novembre 1877 dans le service de M. Trélat, salle Sainte-Rose, nº 19. C'est une femme un peu amaigrie, tourmentée par des chagrins, hystérique, bien que n'ayant jamais eu d'attaques bien caractérisées, se plaignant de douleurs dans tous les membres depuis 4 ans, chlorotique dans sa jeunesse, assez bien réglée maintenant. Pleurésie il y a vingt ans.

Il y a 2 ans qu'elle sent de la gêne dans les fosses nasales, d'où s'écoule un liquide clair et abondant. A cette époque elle consulte à la Charité et, l'examen rhinoscopique n'ayant rien fait découvrir, on lui donne le traitement dn coryza chronique, que du reste elle ne suit pas. Mais sa voix se nasonne, son nez se bouche. Elle ronfle très-fort la nuit; elle s'inquiète et revient il y a 3 mois à la Charité dans le service de M. Trélat, suppléé alors par M. Delens, qui lui extrait de la narine gauche un polype assez volumineux. Soulagement de la malade, peu d'écoulement sanguin.

Après deux nouvelles extractions de débris de polypes, faites dans les deux narines, mais surtout par la narine gauche, M. Trélat pratique de nouveau, il y 15 jours, l'examen des fosses nasales, extrêmement étroites : on voit que les narines sont obstruées, mais l'obstruction est très-profonde et le polype reste invisible. Les pinces sont introduites plusieurs fois dans les deux narines, mais inutilement, on ne peut rien saisir.

M. Trélat avait senti le polype dans le pharynx et, pour examiner la malade plus à son aise, il la fait entrer dans son service.

La bouche est ouverte, la langue abaissée, et l'on voit alors de chaque côté de la luette, mais surtout à droite, débordant à peine de 1 centimètre le bord du voile du palais, une tumeur dont on découvre une bonne partie en soulevant le voile avec un crochet mousse. Elle a le volume et la forme d'une châtaigne ; elle est revêtue d'une muqueuse rouge, fine, tendue, lisse, parcourue en certains points par des lignes plus rouges encore.

Elle est d'une grande mobilité et glisse sous le doigt qui cherche à la saisir; sa consistance est à peu près celle de la langue ; partout la même : aucun point de dégénérescence, aucun petit kyste. Les parties latérales, ses faces postérieure et inférieure sont facilement circonscrites : on constate ainsi que l'apophyse basilaire est libre ; que l'orifice postérieur de la fosse nasale droite est libre et donne accès au doigt quand on a repoussé le polype qui l'obstrue. Il n'en est pas de même de l'orifice gauche, dans lequel on sent pénétrer un pédicule qui s'aplatit en passant et s'insérant probablement sur la cloison. Une pince introduite dans cette narine gauche, préalablement éclairée, saisit ce pédicule, l'attire et le repousse à différentes reprises : on voit alors que la masse de la tumeur, dans le pharynx, suit tous ces mouvements ; on acquiert ainsi, avec assez de peine à la vérité, la preuve que le pédicule s'implante bien à la partie postérieure de la narine gauche. Toutes ces explorations sont faites sans le moindre écoulement sanguin.

L'air passe à peine par la narine gauche, l'accès y est un peu plus facile à droite; la malade, qui sent son polype en remuant la tête et en respirant, accuse des bourdonnements d'oreilles qui augmentent après les explorations. L'odorat est nul ; tous ces symptômes s'accusent davantage par les temps humides. On n'a jamais pu constater le bruit du drapeau.

En conséquence, le diagnostic déjà entrevu est nettement formulé : polype des arrière-narines originaire de la fosse nasale gauche tombant dans le pharynx à insertion précise encore un peu douteuse.

Le 3 décembre 1877, M. Trélat introduit dans le pharynx une pince à mors plat, très-courbe, s'articulant comme un forceps. Le polype est saisi à sa partie médiane par son côté droit, et par quelques mouvements de traction combinés à la torsion le polype est arraché tout entier avec son pédicule, au grand étonnement et à la grande satisfaction de la malade, qui n'avait pas été prévenue. Pas d'écoulement de sang, le doigt introduit dans l'arrière-cavité permet de constater que les deux orifices des fosses nasales sont complétement libres, on ne sent pas la moindre trace de pédicule, l'air passe facilement dans les deux cavités, la malade se dispose à quitter l'hôpital.

La tumeur, qui est apportée à la Société de chirurgie, est assez régulière : avec son pédicule elle ressemble assez, comme forme, comme volume, à un testicule appendu à son cordon. Elle est

ovoïde, un peu aplatie d'avant en arrière, haute de 4 centimètres 1/2, large de 3, enveloppée par une coque que l'on peut plisser, plus pâle que sur le vivant. Elle présente seulement sur la partie inférieure des traînées ecchymotiques très-rouges. Sa consistance n'est pas très-grande; elle est, au contraire, très-compressible, comme le démontrent les deux excavations losangiques qu'ont laissées sur chacune de ses faces les mors de la pince; mais elle ne tremblotte pas, elle n'a pas cet aspect gélatineux caractéristique des polypes muqueux. Le pédicule a une longueur de 2 centimètres 1/2. Il devait avoir le volume d'un crayon, car il s'est étalé sous l'effort de la traction et ressemble maintenant à une lamelle quadrilatère.

En somme, c'est un polype muqueux, vasculaire à sa surface, semblable, quoique avec moins de rougeur, à ceux que M. Trélat a extraits dans les mêmes conditions et qu'il a signalés à la Société de chirurgie, en 1874 et 1876.

Présentation d'appareils.

M. Terrillon présente des moules composés de plâtre uni à du ciment anglais qui lui paraissent offrir une résistauce absolue à l'immersion dans les liquides.

Communications.

M. Tillaux. Je viens aborder devant la Société la question des localisations cérébrales et des centres moteurs. Je voudrais surtout exposer les progrès que, suivant moi, la physiologie a fait faire à la pratique sur ce point spécial.

La question a suivi deux phases, l'une physiologique, l'autre clinique. La première commence à Gratiolet, Leuret. Nous citerons ensuite Broca, Ferrier, Hitzig, Duret, Carville.

Parmi les cliniciens MM. Lucas-Championnière, Proust et Terrillon ont ouvert la voie. M. Bourdon a étudié la question d'une autre manière. Enfin sont venus les travaux de MM. Charcot et Pitres.

Je ne fais que signaler, messieurs, les scissures fondamentales et secondaires, et je suppose connues les circonvolutions délimitées par ces scissures.

Les expériences de Ferrier et d'Hitzig tendent à démontrer qu'il y a dans l'écorce cérébrale des centres moteurs : pour le physiologiste allemand ces centres moteurs auraient leur siége exclusif sur

la circonvolution frontale ascendante, c'est-à-dire seraient tous situés en avant du sillon de Rolando. Pour Ferrier, les centres des différents mouvements volontaires des membres supérieur et inférieur occupent une partie du lobule pariétal supérieur, les deux tiers supérieurs de la circonvolution pariétale ascendante et enfin le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante.

La clinique n'a pas absolument infirmé ces données. D'après les observations de M. Bourdon, de MM. Charcot et Pitres, les centres moteurs des membres supérieur et inférieur occuperaient la circonvolution frontale ascendante, mais la portion dévolue au membre supérieur et située sur un plan inférieur vers la partie moyenne se trouverait le centre des muscles de la face. On connaît le rôle assigné par M. Broca à la troisième circonvolution frontale gauche, rôle que la grande majorité des faits vient confirmer.

Ces données très-sommaires une fois admises, est-il possible d'en tirer parti au point de vue du traitement des fractures du crâne et des accidents qu'elles entraînent? Je crois qu'il faut faire une grande distinction suivant que l'on a affaire à des accidents *primitifs* ou *consécutifs*.

La connaissance des centres moteurs corticaux est-elle applicable au traitement des accidents primitifs? Je suis sur ce point complétement de l'avis exprimé par M. Gosselin. Je pense qu'on n'est autorisé à appliquer le trépan primitivement que dans le cas d'enfoncement des os du crâne ; on pourrait peut-être faire une réserve pour les cas de fissure avec dépression probable de la table interne et lorsqu'il y a paralysie du côté opposé. En dehors de ces cas il ne faut pas appliquer le trépan, car on pourrait trouver une contusion cérébrale ou un épanchement sanguin, et je crois avoir démontré, en 1868, devant la Société, qu'on risque alors à l'aide du trépan d'aggraver plutôt l'état du malade. Quant aux accidents consécutifs, il semblerait que les localisations cérébrales doivent rendre leur traitement plus efficace. M. Broca, en se basant sur ces localisations, a ouvert un foyer purulent qui s'était dévoloppé lentement; le cas que j'apporte me paraît aussi renfermer en lui son enseignement.

Il s'agit d'un malade âgé de 49 ans qui reçut sur le côté gauche de la tête, le 2 février dernier, le volet d'une fenêtre ; il n'éprouva d'abord que peu d'accidents, mais le neuvième jour il présenta de l'aphasie avec monoplégie du bras droit. Les accidents durèrent 15 jours. Lorsque je vis le malade, 5 mois après, pour la première fois, il n'éprouvait plus qu'une violente céphalalgie. Je remarquai une cicatrice sur le cuir chevelu siégeant à gauche à 7 centimètres en arrière du bregma, je prescrivis de l'iodure de potassium et le malade sortit soulagé de l'hôpital, mais il survint bientôt une

nouvelle attaque d'aphasie et de monoplégie brachiale droite qui dura 11 jours et ne laissa cette fois encore d'autre trace qu'une céphalalgie persistante. Cependant le malade s'exprimait difficilement, ne pouvait trouver ses mots, ne disait pas ce qu'il voulait dire. La mémoire lui faisait défaut; il parlait un jour et le lendemain ne parlait presque plus. La sensibillté n'avait jamais été diminuée dans le bras droit.

Le 27 octobre, le malade en proie à une céphalalgie insupportable rentra dans mon service. Il présentait plutôt alors les symptômes d'un affaiblissement intellectuel général, de telle sorte que je ne pus trouver l'indication d'agir activement. Il mourut le 15 novembre.

Il n'existait pas de fracture du crâne, ainsi que je l'avais supposé d'après les antécédents. Voici le cerveau. Il présente une altération très-importante. Elle consiste en une large plaque jaunâtre au niveau de laquelle les trois membranes enveloppantes sont intimement soudées entre elles et à la substance cérébrale. Cette plaque mesure 6 centimètres d'avant en arrière et 4 centimètres de haut en bas. Elle recouvre toute la troisième circonvolution frontale gauche, empiète légèrement sur la deuxième et s'arrête en arrière à la scissure parallèle frontale. (M. Tillaux divise cette plaque séance tenante.) Elle paraît être constituée par une accumulation de pus concret au-dessous des méninges. Un examen histologique en sera fait ultérieurement. Indépendamment de cette lésion, le cerveau présentait une teinte jaunâtre sur toute la surface du lobe pariétal. Nous avons évidemment affaire à une méningo-encéphalite. Or, je le demande, qu'aurait pu produire l'application du trépan en regard d'une lésion aussi étendue, même quand la couronne fût tombée juste à son niveau?

J'ai apporté une autre pièce qui m'a été prêtée par mon collègue M. Maurice Raynaud et qui consiste en une volumineuse tumeur cérébrale.

Il s'agissait d'une femme de 59 ans atteinte d'une hémiplégie gauche avec perte de la sensibilité, la tête était immobile dans la rotation à droite et les yeux convulsés en haut et fixes. A l'autopsie on a trouvé une tumeur du cerveau de la grosseur d'un œuf de poule, occupant la partie la plus reculée de la scissure de Sylvius, déprimant la première circonvolution temporale, la circonvolution du pli courbe et les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes.

Les symptômes n'ont pas été en rapport avec le siége de la lésion. De ces courtes considérations, messieurs, je crois pouvoir conclure :

1° Même lorsque la lésion est bien en rapport avec la circonvolu-

tion qui est le centre du mouvement disparu, on est exposé à tomber sur une large plaque de méningo-encéphalite et à faire une opération inutile.

2° Une lésion du cerveau peut produire des troubles à distance par compression et refoulement des circonvolutions, de telle sorte qu'en suivant la théorie des localisations cérébrales on peut se trouver fort loin du foyer du mal.

La pratique n'a donc jusqu'à présent pu tirer qu'un parti médiocre des expériences physiologiques, et c'est le cas de rappeler que, s'il est beau de guérir un malade à l'aide d'une opération hardie, il importe d'abord de ne pas aggraver son état par une intervention dangereuse et non justifiée.

M. Ledentu. Je ne veux pas entrer dans la question des localisations cérébrales, au sujet de laquelle je dirai seulement que, bien qu'il soit avéré que les troubles à distance puissent être une cause d'erreur, j'admets cependant que la clinique peut tirer quelques avantages des notions acquises au sujet des centres moteurs.

M. Lucas-Championnière. Ce n'est pas le moment de soulever une discussion complète, je veux cependant répondre un mot à la communication qui vient d'être faite. Je mettrai en dehors le cas de M. Raynaud et je m'occuperai seulement de celui de M. Tillaux.

Notre collègue dit : Mon malade est mort avec une lésion des méninges, donc il ne fallait pas trépaner; mais en tout cas l'opération n'eût eu aucun inconvénient, et au début la lésion était peut-être guérissable.

Les adversaires de la trépanation formulent ainsi leur objection : Une surface traumatique n'est jamais isolée; ce sont les faits qui répondront.

Pour m'en tenir au fait de M. Tillaux, je dirai : 1° Il eut été possible de guérir ce malade si on l'eût trépané ; 2° si la trépanation est utile, c'est lorsqu'elle est employée primitivement.

Dans le cas de M. Tillaux, le malade a eu une manifestation motrice immédiate, on n'en a pas tenu compte ; aussi, sans prétendre que la connaissance des localisations cérébrales ne servirait de rien dans les accidents secondaires, je dis qu'elle profitera surtout aux malades atteints d'accidents primitifs.

M. Sée. Je voulais faire observer que la communication de M. Tillaux a trait à deux ordres de faits différents : les phénomènes produits à distance en raison de la présence d'une tumeur ne prouvent pas que dans un traumatisme on ne puisse diagnostiquer d'après le siége de la lésion.

M. Tillaux. Je suis loin d'être opposé à ce qu'on tienne compte

des localisations cérébrales dans la pratique. J'ai tenu à apporter mon contingent de faits à cette étude et, si je ne suis pas intervenu, c'est que l'indication ne s'est pas présentée.

La pièce de M. Raynaud m'a paru intéressante en ce qu'elle nous a montré l'intervention des phénomènes à distance.

Pour en revenir à l'observation qui m'est personnelle, je crois qu'on aurait eu de la peine à sauver le malade. La plaie était située sur le pariétal, à 8 centimètre en arrière du bregma, et la lésion correspondait à la rencontre des sutures du frontal, sphénoïde temporal et pariétal, au voisinage de l'artère méningée moyenne, au point singulier du crâne désigné par les anthropologistes sous le nom de ptérion.

M. Lucas-Championnière. L'intervention devait avoir lieu au niveau de ces sutures, si l'on se rapportait à la lésion présumée des centres moteurs.

M. Tillaux. J'admets qu'il y eût un épanchement sanguin au niveau de la troisième circonvolution frontale, mais il pouvait rayonner partout. C'est cette diffusion des lésions qui m'empêche de penser au trépan dans le cas d'accidents primitifs à part les cas où il y a enfoncement.

M. Lucas-Championnière. Je crois qu'il est facile de prouver par les faits que le trépan a sauvé un certain nombre de malades atteints de monoplégie brachiale et d'aphasie. Quant au malade de M. Tillaux, son cas est très-favorable à la doctrine de la localisation. La plaie était située sur l'occiput, mais les symptômes engagaient à trépaner à l'endroit même où existait la lésion.

J'ai observé un malade qui présentait une paralysie avec petite plaie cutanée sur l'occiput ; je reconnus une fissure, que je suivis jusqu'au foyer d'une fracture, et je pus trépaner. Si j'avais connu mes localisations cérébrales je me serais, en raison des symptômes, attaqué de suite au foyer de la fracture.

Je rappellerai qu'il y a peu d'observations de guérison avec paralysie primitive sans intervention. Le trépan compte au contraire des succès même lorsque le foyer n'a pas été mis à nu. Le malade de M. Tillaux a paru guérir, mais n'a pas guéri. On a trouvé une méningite ayant succédé probablement à un épanchement sanguin. On aurait pu évacuer cet épanchement sanguin ; le trépan aurait eu peut-être une action antiphlogistique.

Lectures.

Gonflement limité à la partie supérieure de la face interne du tibia, depuis 7 ans. Douleurs violentes par accès. Abcès intra-osseux,

par le Dr J. Chauvel, membre correspondant.

M. C..., brasseur, 32 ans, robuste, pas de syphilis antérieure, est atteint depuis 7 ans de douleurs violentes, localisées dans la partie interne et supérieure de la jambe gauche. En même temps que ces douleurs, est apparue une tuméfaction, limitée à la partie interne et supérieure du tibia. Les douleurs sont tantôt lancinantes et déchirantes, tantôt térébrantes. Elles commencent le soir, vers 5 à 6 heures, deviennent plus vives sitôt le malade couché, le forcent à se lever, de poser le pied sur des objets froids, ou à tremper la jambe entière dans l'eau froide, ce qui lui procure un soulagement momentané. Les souffrances, qui empêchent tout sommeil, s'apaisent vers le matin. Elles se montrent par crises, durant de 2 à 3 semaines, et, suivant le dire de M. C..., le glonflement de l'os s'accroît avec les douleurs et diminue avec elles. Pour les calmer, le malade plie la jambe sur la cuisse, et la fixe dans cette position en accrochant le pantalon à l'angle d'une chaise. Pas de traumatisme antérieur. Jamais de fièvre, ni d'inflammation locale. Tous les moyens internes et externes, calmants et révulsifs locaux, ont été mis en usage sans le moindre succès. En persistant malgré ses souffrances, M. C... a conservé une bonne santé générale. Jamais il n'a souffert d'aucun autre point.

Etat actuel : Sur la face interne du tibia gauche, à 9 centimètres audessous de la pointe de la rotule, on constate un gonflement limité qui s'efface à 5 centimètres plus bas. En haut, la tuméfaction débute d'une façon insensible; le doigt, au contraire, constate un petit ressaut au bord de la partie gonflée quand on le conduit de bas en haut. La tuméfaction s'étend latéralement jusqu'aux bords antérieur et interne du tibia, mais ne les dépasse pas. La peau est saine, légèrement mobile sur l'os, insensible à la pression superficielle, sauf près du bord interne du tibia, à la partie inférieure de la grosseur, où elle paraît très-légèrement infiltrée. La palpation montre que le gonflement siége manifestement dans l'os lui-même. Sa surface est régulière, dure, sans dépression sous le doigt. La mensuration comparative du point le plus tuméfié donne 34 centimètres de circonférence, la jambe droite n'en présentant que 33. Sur quelques points de la grosseur, une forte pression détermine de la douleur, mais il existe plus particulièrement une partie bien limitée où cette pression est insupportable.

Le malade revient quelques jours plus tard. Il est depuis 48 heures dans une période de calme. La tuméfaction paraît moindre à la vue, et surtout moins limitée. La mensuration n'indique pas de changement appréciable, peut-être 2 ou 3 millimètres en moins. Une forte pression exercée sur le point signalé, que j'avais eu soin de marquer au nitrate d'argent, développe toujours une violente douleur.

La question diagnostique ne me semble pas bien facile à résoudre. Evidemment la longue durée de l'affection éloigne l'idée de toute production maligne. S'agit-il d'un abcès de l'os? d'une ostéite limitée chronique, non suppurante? d'une simple périostose? L'absence de syphilis et de traumatisme antérieur, la violence des douleurs et leur retour par accès nocturnes, me font pencher vers l'idée d'une ostéite limitée, avec ou sans collection profonde. Mais j'avoue que mon peu d'expérience de semblables affections m'autorise à rester dans le doute.

Je viens donc prier la Société de vouloir bien m'aider de ses lumières, tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue de la thérapeutique à suivre. Une intervention opératoire est-elle opportune? Suis-je autorisé à proposer à ce malade, profondément affecté, l'application d'une petite couronne de trépan sur le point le plus douloureux de cette tumeur? Si je ne rencontre pas de collection purulente dans l'épaisseur de la paroi osseuse, faut-il pénétrer jusque dans la cavité médullaire, et n'est-ce pas exposer le patient à de bien grands dangers? Telles sont les questions que j'ai l'honneur de poser à la Société.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire,
CRUVEILHIER.

Séance du 12 décembre 1877.

Présidence de M. PANAS

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine;

2° Le *Bordeaux médical*, la *Gazette médicale de Bordeaux*, le *Sud médical*, l'*Année médicale*, journal de la Société de médecine de Caen et du Calvados, le *Lyon médical*, la *Gazette médicale de Strasbourg* ;

3° *The British medical Journal*, la *Gazette médicale Italienne Lombarde*, la *Clinique de Pise*, le *Centralblatt fur chirurgie* ;

4° Deux observations de cloisonnement transversal du vagin adressées à la Société par M. le Dr Hubert Boëns, de Charleroi, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger ;

Un nouveau blépharostat du Dr Armaignac, présenté par M. Terrier;

Une observation de hernie traumatique du poumon. Ligature. Excision. Guérison, par M. le Dr Cauvy de Béziers, présenté par M. Duplay;

5° De la rectotomie linéaire, par le Dr Calliodore Tison.

Présentation d'instruments.

M. Terrier présente, au nom de M. le Dr Armaignac, un blépharostat à écartement limité et à détente instantanée.

Comme l'indique son nom, ce blépharostat a un écartement limité à volonté par un curseur à vis qui laisse détendre le ressort au besoin et en fait un instrument à écartement fixe. Mais son utilité spéciale consiste en ce qu'il peut se mettre en place et se retirer instantanément avec l'aide de deux doigts seulement.

Communications.

Discussion sur le trépan.

M. Maurice Perrin. Il a été question, dans la dernière séance, de l'application du trépan dans le traitement des accidents immédiats des fractures du crâne. M. Tillaux a soutenu l'opinion défendue récemment à l'Académie de médecine par M. Gosselin, à savoir : que le trépan ne doit être employé contre ces accidents qu'autant qu'il y a fracture avec enfoncement, et dans le but de relever les fragments, sans tenir autrement compte des données acquises par la doctrine des localisations cérébrales. M. Lucas-Championnière, comme on devait s'y attendre, a été d'un avis contraire. « S'il y a quelque chose à tirer, a-t-il dit, des loca- « lisations cérébrales, c'est dans les accidents primitifs. Il n'y « a pas encore, aurait-il ajouté, dans la science de cas de para- « lysie primitive qui ait guéri sans trépanation. » N'ayant pas eu l'honneur d'assister à la séance, je cite l'opinion de notre collègue d'après le compte rendu d'un journal. Si je n'étais pas tout à fait exact, je lui saurais gré de vouloir bien me rectifier.

Je saisis avec empressement cette occasion de dire que je partage entièrement la manière de voir de MM. Gosselin et Tillaux.

En présence d'accidents de paralysie survenus immédiatement ou pendant les premiers jours qui ont suivi un choc ou une blessure à la tête, l'unique soin du chirurgien doit être de rechercher, par tous les moyens que lui suggère l'expérience, s'il existe une fracture ; si cette fracture est simple ou compliquée d'enfoncement des fragments, de pénétration de corps étrangers, etc.

Lorsque la fracture est simple, lorsqu'un examen local attentif ne fournit aucune indication opératoire, il faut s'abstenir, quelles que soient les prévisions théoriques, des localisations cérébrales.

Lorsque au contraire il existe des complications, des pièces osseuses à relever ou à extraire, il faut intervenir et appliquer le trépan quand il y a lieu, mais en prenant pour guide encore, non les mensurations crâniennes, mais les particularités de la fracture même. On trouve là une indication nette, tangible, clinique, en un mot, en dehors de laquelle tout n'est qu'incertitude ou hasard. Ces troubles fonctionnels, sur lesquels on est réduit à s'appuyer pour en déduire une indication de trépanation, peuvent n'être que transitoires; ils peuvent se transformer; ils peuvent être occasionnés par des lésions qui siégent en un autre point, ou par des désordres tels que la contusion du cerveau ou l'épanchement du sang, contre lesquels le trépan ne pourra rien. Ici l'indication manque de certitude et de précision, et à propos de chaque succès, on peut toujours demander si le blessé n'a pas guéri malgré la trépanation. A cette objection, toujours possible, M. Lucas-Championnière répond qu'il n'existe pas dans la science de cas de paralysie primitive qui ait guéri sans trépanation. Je crains bien que l'assertion de notre collègue ne soit beaucoup trop absolue, et ce qui me le fait craindre, c'est que j'ai dans mes notes personnelles des exemples de paralysie primitive suivies de guérison sans trépanation dans les cas suivants de fracture du crâne.

Observation I. — *Fracture du crâne en étoile, sans enfoncement, aphasie traumatique immédiate, guérison sans trépan.*

Un soldat du 3e de ligne fut blessé à la tête, le 15 mai 1871, par un éclat d'obus. Il eut le crâne brisé en étoile, sans enfoncement. Après quelques heures de commotion, il ne resta d'autre signe fonctionnel de la fracture, qui était évidente, qu'une aphasie. Le malade, à toutes les questions qui lui étaient adressées et qu'il comprenait bien, répondait invariablement par un « oui » ou un « non » suivi du mot « toupat ». Je me gardai bien de le trépaner. Quatre jours après, quelques mots étaient déjà revenus; le mot « toupat » était remplacé à tout propos par celui de « toupata ». Bref, les choses allèrent progressivement en s'améliorant et le blessé sortait de l'ambulance entièrement guéri le 27 juillet.

Observation II. — *Fracture du crâne sans enfoncement. Paralysie immédiate des membres du côté opposé, de la face du côté correspondant. Guérison sans trépanation.*

Ce second fait est relatif à un mobile, nommé Bresson, qui était employé pendant le siége de Paris au bureau du matériel du Val-de-Grâce et dont l'observation a été recueillie avec grand soin par M. Simon (Paul), médecin stagiaire attaché à mon service.

Le 15 janvier, un obus vint frapper l'un des montants en pierre d'une fenêtre près de laquelle il travaillait. Un éclat de pierre, projeté par le choc ou l'explosion du projectile, l'atteignit à la tête du côté droit. Il en résulta une fracture sans enfoncement notable (8 centimètres environ) commençant à la partie supérieure de la fosse temporale droite et aboutissant en arrière à quelques centimètres de l'extrémité postérieure de la suture intra-pariétale. Sur le coup, le blessé perdit connaissance et fut frappé de paralysie du bras et de la jambe gauche. Le côté droit de la face fut également atteint dans ses mouvements ; la sensibilité, quoique diminuée, ne fut pas complétement perdue. La pupille droite se dilata seule ; et l'oreille droite devint complétement sourde. La langue aussi fut embarrassée et la parole assez difficile. Pendant son séjour au lit le malade perdit pendant longtemps ses urines, tandis qu'il devint sujet à une constipation opiniâtre.

Il se développa rapidement des escharres au sacrum ainsi qu'aux mollets, mais ces mortifications furent plus étendues du côté paralysé que de l'autre.

Il n'y eut aucune intervention chirurgicale active, et pourtant les phénomènes paralytiques, tant du côté de la face que des membres s'amendèrent progressivement, mais très-lentement il est vrai, puisque la guérison ne fut complète que plus de trois années après.

Voilà donc encore un exemple de paralysie primitive guérie sans trépanation, et qui peut-être aurait également guéri malgré la trépanation !

Mais l'observation de Bresson est intéressante à un autre point de vue. Je disais tout à l'heure que la connaissance des localisations cérébrales ne me paraissait guère éclaircir la question du trépan primitif : c'est l'os à relever, le fragment osseux à dégager, le corps étranger à extraire, en un mot, qui est tout. Mais il n'en est plus de même du trépan consécutif, pour lequel cette connaissance peut devenir une ressource précieuse. J'ai cru un instant que Bresson me fournirait une occasion de la mettre à profit. Voici dans quelles circonstances :

Une fois guéri des suites immédiates de sa blessure, cet homme obtint un emploi au chemin de fer du Nord. Il s'acquittait convenablement de sa tâche, lorsque, le 6 août 1876, il se produisit, sans cause appréciable, un accès épileptiforme.

15 jours après, une seconde crise.

3 mois après, une troisième, suivie d'une quatrième à 15 jours d'intervalle.

Ces crises étaient bien des attaques épileptiques : perte absolue de connaissance ; début foudroyant ; convulsions toniques ; écume à la bouche ; serrement des mâchoires et morsures à la langue : rien n'y manquait. Les premières duraient de 15 à 20 minutes ; mais depuis lors, leur durée a diminué progressivement, tandis que leur fréquence augmentait, comme on peut en juger par le relevé suivant des accès survenus en 1877 :

5 *janvier*.

10 *janvier*.
20 *id*.
4 *février*.
23 *id*.
28 *id*.
19 *avril*. 5 attaques dans la journée.
8 *mai*.
13 *mai*. 2 attaques dans la journée.

J'avais soumis le malade dès le début à l'usage du bromure de potassium ; voyant que le mal empirait et que l'état des facultés, et surtout de la mémoire, lui permettait difficilement de suffire à sa tâche de travail, je lui conseillai d'entrer dans mon service, dans le but de l'observer de plus près et de pratiquer la trépanation, s'il y avait lieu.

L'examen de la blessure ne fournissait aucun renseignement utile ; la cicatrice était complète, normale, au-dessous d'elle, on sentait dans toute l'étendue un léger relief correspondant à la rupture osseuse, mais sans foyer apparent d'hyperostose. J'instituai, dès son arrivée, un traitement par le bromure de potassium, comme précédemment ; j'y ajoutai une douche en jet le long de la colonne vertébrale et des membres inférieurs. Chose bien singulière, depuis ce jour, 13 mai, il ne s'est pas déclaré un seul accès ; la mémoire et l'aptitude au travail — la santé, en un mot — sont revenues. J'ai gardé le malade jusqu'au 1er octobre.

Depuis lors, il est retourné dans son pays. Comme il ne m'a pas donné de ses nouvelles, j'ai tout lieu de croire que rien de nouveau n'est survenu jusqu'ici.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. Devant prendre la parole à propos de la discussion du rapport de M. Le Dentu, je ne veux pas entrer, à propos de la communication de M. Perrin, dans l'examen de la question du trépan ou des localisations cérébrales; mais je ne puis laisser ses observations sans quelques réflexions.

Il me paraît ne pas tenir compte suffisamment de la distinction que j'ai établie, au point de vue du pronostic et du traitement, entre les troubles moteurs primitifs et les troubles moteurs secondaires. Ce dernier terme ne s'applique pas aux accidents que l'on observe à longue échéance après la blessure en opposition avec ceux qui surviennent peu après.

Il peut arriver, après un traumatisme, qu'il y ait une paralysie immédiate et persistante. Cela indique une lésion primitive et persistante d'un centre moteur particulier, et bien souvent une compression.

La guérison de cette lésion est spontanément très-difficile ou impossible, mais elle peut être faite par le trépan, et le phénomène moteur guide la main du chirurgien jusque sur la partie qui lèse le centre moteur, touché par l'effet du choc.

Dans d'autres cas, les phénomènes sont secondaires; après plusieurs jours, les phénomènes paralytiques débutent, indiquant un temps dans la marche de l'inflammation méningo-encéphalique. Cette maladie inflammatoire a bien plus de chances de permettre une guérison spontanée que la lésion acquise écrasante, résultat immédiat du traumatisme. En outre, comme les phénomènes inflammatoires peuvent être diffusés, les lésions cérébrales peuvent être multiples, et l'épine à enlever peut être assez éloignée du foyer inflammatoire qui paralyse ou excite les parties motrices. Cependant les phénomènes secondaires pourraient encore guider une trépanation largement faite.

J'ai donc dit que la paralysie immédiate était pour la trépanation un ordre d'opérer plus impérieux et un guide bien plus précieux que la paralysie secondaire.

Je n'ai, du reste, dit ni écrit qu'aussitôt la chute, un individu dût être trépané en vertu de troubles moteurs uniquement, car il existe des troubles convulsifs passagers et même des troubles paralytiques qui peuvent céder rapidement.

Mais si une paralysie persiste quelque peu, elle devient une indication précieuse, et les remarquables observations de M. Perrin ne me paraissent pas suffisantes pour invalider mes propositions. Il y en a une vraiment bien intéressante, comme tous les cas exceptionnels : car ce fait de paralysie grave guérie définitivement doit être considéré comme tel. Les cas de paralysie traumatique guérie définitivement sont infiniment rares dans les auteurs. On peut, comme je l'ai fait, parcourir le chapitre de 1,300 cas de plaies de tête observées dans la guerre de Sécession sans en trouver un exemple.

L'examen même du cas de M. Perrin montre toutes les péripéties graves sur lesquelles a passé son malade, dans l'état le plus triste pendant deux années. Plus tard, après un long intervalle de santé, il est pris d'une épilepsie des plus graves. N'est-il pas permis de se demander, malgré le beau résultat de l'expectation, si le malade n'aurait pas été guéri plus rapidement et plus sûrement par la trépanation ?

Ainsi, fait exceptionnel et remarquable, cela ne suffit pas à renverser une proposition appuyée sur l'observation des faits les plus communs.

Faut-il attribuer la même valeur à l'autre observation : phénomènes d'aphasie passagers sans localisation motrice ? Celle-ci, je

l'écarte absolument de la discussion. Je sais bien qu'on a avancé que le centre de la parole était le seul de valeur, mais cette considération n'est appuyée sur rien. L'aphasie se range, si on veut, à côté des troubles moteurs, mais il y a la complication de phénomènes psychiques. En médecine, l'affaire est d'une observation très-délicate. En chirurgie, elle est bien plus difficile encore à étudier. La commotion générale du cerveau peut elle faire des aphasiques ou des pseudo-aphasiques? la peur ne peut-elle pas produire même des phénomèmes trompeurs ? Aussi, jusqu'à présent, l'aphasie seule, sans association paralytique ancienne, ne me semble pas dans la généralité des cas un guide suffisant.

Elle peut jouer un rôle très-important, au contraire, dans les associations paralytiques, et j'ai le premier insisté longuement sur ses valeurs pour l'intervention et pour la direction.

Nous restons, je le répète, avec M. Perrin, en face d'une belle observation, d'un fait exceptionnel dont il faut tenir compte, mais dont il ne faut pas exagérer l'importance dans cette discussion si difficile.

M. Desprès. Je prends la parole pour citer une complication secondaire de fractures du crâne, c'est-à-dire un fait de paralysie traumatique traité par l'expectation dans le service de Manec et guéri en 1859, et dont M. Perrin doit se souvenir.

Je commence par déclarer que je n'ai jamais trouvé de fait qui m'ait permis de faire la trépanation, sauf un cas d'abcès intracrânien consécutif à une suppuration de l'oreille. Le fait suivant m'a confirmé dans mes idées. Un terrassier qui creusait une tranchée pour les conduites de gaz reçoit sur la tête un levier en fer échappé des mains de ses camarades. Il se fait un enfoncement du crâne du côté gauche, un morceau de la casquette du malade reste dans la plaie; le premier jour survient une monoplégie brachiale qui dure 15 ou 16 jours, puis une paralysie du membre inférieur, de la face; le malade a guéri. Certes si le trépan était indiqué, c'était dans ce cas et cependant j'aurais eu tort de pratiquer cette opération, car la vie de mon malade n'eût pu qu'être compromise.

M. Perrin. M. Lucas-Championnière émet des doutes sur la guérison de mon malade : l'authenticité de la guérison est absolue, au moins pour les accidents primitifs. Il peut survenir plus tard un travail pathologique, une hyperostose par exemple, mais le malade aura échappé aux accidents primitifs.

Étranglement interne par *torsion* de l'extrémité supérieure du rectum. — Perforation du cœcum. — Péritonite suraiguë,

par le Dr A. Faucon, membre correspondant de la Société de chirurgie.

L'observation que j'ai l'honneur d'adresser à la Société de chirurgie a pour but d'appeler l'attention de mes collègues et de provoquer leur avis sur les questions que soulève l'étude du mécanisme suivant lequel s'opère le *volvulus*, et j'entends par là, en prenant ce terme dans son acception propre, la *torsion* de l'extrémité supérieure du rectum, la pathogénie présumée des perforations intestinales qui viennent parfois compliquer, à distance, cette variété d'étranglement interne, et enfin quelques points relatifs au traitement de ces accidents.

Voici d'abord le fait :

Un vieillard de 60 ans, N..., fileur, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie le 26 octobre 1877.

Nature de la maladie : hernie inguinale droite facilement réductible, pannus consécutif à des granulations conjonctivales.

Ce malade se portait bien du reste, lorsque, à la visite du 10 novembre, je suis frappé de son air anxieux; il m'apprend que depuis quatre jours il n'est pas allé à la selle, et qu'il souffre de coliques violentes avec envie de défécation, qu'il ne peut satisfaire.

Trouvant son bandage herniaire placé par-dessus la chemise, l'idée me vient que la hernie pouvait, par le fait d'une mauvaise contention ou même d'un étranglement, être la cause de ces accidents. L'entéro-épiplocèle était sortie, mais sans tension ni douleur; du reste elle se réduit avec la plus grande facilité.

La palpation du ventre ne me fit découvrir qu'une légère intumescence et une sensibilité peu vive de la région du flanc droit.

Le malade n'avait pas eu de vomissements, il était sans fièvre; j'attribuai les accidents à une irritation du cœcum produite par l'accumulation des matières fécales, je prescrivis une demi-bouteille d'eau de sedlitz.

Le lendemain, après une absence de 24 heures, j'appris à mon grand étonnement la mort de ce pauvre malade.

Voici ce qui s'était passé :

Deux heures après l'administration du purgatif, vers midi, il avait été pris de vomissements qui ne l'ont plus quitté jusqu'à 10 heures du soir, moment de la mort. Ces vomissements, très-fréquents, d'abord alimentaires et bilieux, étaient devenus *fécaloïdes* à partir de cinq heures du soir. Le fait a été constaté à la contre-visite par l'interne du service et le chef de clinique.

En même temps le ventre s'était ballonné et, dans l'espace de

quelques heures, avait acquis un énorme développement : il ressemblait au ventre d'une femme à terme.

Des douleurs violentes s'étaient manifestées à l'hypogastre et surtout au niveau de la fosse iliaque droite, région dans laquelle elles ont conservé jusqu'à la fin leur maximum d'intensité.

L'algidité s'était montrée dans la soirée avec une gêne considérable de la respiration.

Le traitement avait consisté en glace à l'intérieur, en cataplasme et onctions belladonées, en un lavement purgatif et des lavements émollients projetés avec force, sur la prescription du chef de clinique qui, voyant combien peu l'injection pouvait pénétrer dans l'intestin, soupçonnait une obstruction du rectum.

Autopsie pratiquée 36 *heures après la mort :*

Abdomen fortement distendu ; quelques cuillerées de sérosité s'échappent de la cavité péritonéale à l'incision des parois abdominales.

Congestion modérée des anses intestinales; seules les portions de l'intestin grêle qui siégent dans la cavité pelvienne sont d'un rouge violacé; quant au reste de la surface péritonéale, on aperçoit dans l'intervalle des vascularisations intestinales et sur les parois de l'abdomen la séreuse dépolie, terne, d'une teinte grisâtre, poisseuse au toucher, nulle part de fausses membranes.

Environ 150 à 200 grammes de liquide louche dans le petit bassin, à odeur fécaloïde.

Distension énorme du gros intestin, qui masque en grand partie les circonvolutions, également boursouflées, de l'intestin grêle.

L'S iliaque, outre son ampliation exagérée, présente une disposition *spéciale* très-importante à noter, et que j'ai essayé de représenter le plus fidèlement possible dans le schéma ci-joint.

Au lieu des deux coudes qu'elle affecte dans la généralité des cas et de sa configuration en S, la partie du gros intestin intermédiaire au còlon descendant et au rectum, et qui est d'ordinaire fixée dans la fosse iliaque droite, remonte dans la cavité abdominale jusqu'au niveau du bord inférieur de l'estomac, au-devant de l'intestin grêle qui la sépare de la colonne vertébrale et de la région lombaire. Environ une fois plus longue qu'elle ne l'est d'habitude, elle se compose de deux anses, l'une verticale (2) se continuant avec le rectum, l'autre horizontale (3) faisant suite au côlon descendant (4).

L'anse verticale est libre dans l'abdomen, et derrière sa portion descendante (*d*) passe l'anse horizontale qui forme bientôt un coude (*c*) dont la concavité embrasse le point de jonction de l'S iliaque avec le rectum.

Je crois devoir faire remarquer l'enchevêtrement particulier

des anses intestinales dont j'ai tâché de rendre la disposition sur la figure, enchevêtrement qu'il est plus facile de comprendre que de décrire. (Les pointillés figurent les anses intestinales situées en arrière, les portions qui siégent en avant étant limitées par des traits pleins. La figure suppose une coupe : sur le cadavre, les détails dont je vais parler ne pouvaient se découvrir qu'après l'écartement des anses, énormement distendues.)

Le point où s'opère la fusion de l'S iliaque et du rectum est étranglé dans les 3/4 de son pourtour par le méso-côlon de la courbe de l'anse horizontale de l'S iliaque : l'autre quart se trouve comprimé contre le détroit supérieur. En même temps le bout descendant (*d*) de l'anse verticale se trouve infléchi en avant et à gauche, ce qui détermine au niveau de la structure un angle dû à la flexion et un étranglement par vive arête sur le méso-côlon.

Le volume de l'orifice d'étranglement ainsi constitué est suffisant pour laisser passer l'index.

Au-dessus de cet agent d'étranglement se trouve l'S iliaque (*d*) gonflée comme une outre, et fortement froncée avant d'arriver au point rétréci; au-dessous, en soulevant la portion antérieure (*a*) de l'anse horizontale, on aperçoit le rectum vide et aplati et tordu sur lui-même à son extrémité supérieure dans une étendue de 4 centimètres.

La torsion se fait de bas en haut, d'avant en arrière et de gauche à droite, ainsi que l'indiquent trois plis caractéristiques, elle est d'un demi-tour, la face antérieure du rectum devenant postérieure au point culminant de la portion entortillée.

Il n'existe aucune adhérence entre les plis de torsion, qui disparaissent complétement dès qu'on replace les parties dans leur direction habituelle.

Au niveau du rétrécissement rien d'anormal encore dans les tuniques intestinales :

L'intestin grêle et le gros intestin renferment le même liquide trouble, grisâtre, à odeur de matières fécales, qui a été retrouvé dans le bassin.

Sur le cœcum deux particularités intéressantes :

D'abord sur l'une des bosselures de sa face antérieure, à quatre travers de doigt au-dessus de l'appendice vermiforme, on trouve un pertuis circulaire, comme fait à l'emporte-pièce et de la dimension d'une forte tête d'épingle ;

En même temps ces bosselures sont réunies en plusieurs points par des brides fibreuses bien distinctes par leur forme, leur volume, leur siége et leur direction des rubans musculaires du gros intestin. Ces brides de grosseur variable, mais dont la plus forte n'excède pas le volume des appendices graisseux péritonéaux, sont libres

au niveau des interstices qui séparent les renflements du cœcum, et pour le reste de leur longueur, qui varie de 2 à 4 centimètres, elles sont confondues avec la paroi intestinale, dont elles se distinguent par leur blancheur et leur opacité.

En examinant de près la perforation du cœcum, on voit que, s'il est taillé à l'emporte-pièce pour la muqueuse et la musculaire, il n'est pas de même au niveau du péritoine, qui présente une déchirure allongée de 8 millimètres, à la lèvre supérieure de laquelle vient aboutir une des brides fibreuses en question.

Au niveau de la perforation la muqueuse intestinale ne présente aucune trace d'inflammation ni d'ulcération ; du côté du péritoine aucune lésion différente de celles que nous avons décrites plus haut et qui témoignent d'une péritonite généralisée à la première période.

En introduisant une sonde profondément dans le rectum et en y faisant une injection forcée de liquide, on voit bien le rectum se déplisser et se détendre en partie, mais le liquide ressort par l'anus, et le doigt placé au-dessus du rétrécissement ne le sent affluer dans l'S iliaque que si l'on écarte l'anse horizontale et la bride méso-colique qui y adhère.

La compression exercée sur la partie descendante de l'S iliaque ne parvient en aucun cas à faire passer les gaz dans le rectum.

Il ne me paraît pas impossible de donner dans le cas actuel une explication plausible du mécanisme qui a déterminé la torsion de l'extrémité supérieure du rectum.

Des deux portions de l'anse horizontale de notre S iliaque, la postérieure seule (*p*) était libre, l'antérieure (*a*) étant fixée par un méso-côlon très-court.

Or, si l'on suppose que sous l'influence de l'accumulation des matières fécales, ou encore par suite d'un mouvement brusque ou d'un effort, la portion (*i*) de l'S iliaque qui occupait la partie la plus élevée de la fosse iliaque ait été projetée en bas et en dehors, le coude (*c*) de l'anse horizontale aura subi un déplacement tel que sa partie antérieure sera devenue postérieure.

Et ne peut-on pas admettre que ce coude, dans son mouvement circulaire, ait entraîné la portion du rectum avec laquelle il se trouvait en rapport, de manière à lui faire exécuter un demi-tour de gauche à droite et d'avant en arrière ?

Cette explication ne souffrirait aucune difficulté si nous avions trouvé des adhérences entre la partie concave du coude et le rectum ; mais, à leur défaut, ne peut-on pas invoquer l'adhésion qui existe entre des surfaces péritonéales polies et lubréfiées, adhésion de même nature que celle qui réunit si fortement deux lames de verre lisses soudées par une gouttelette de liquide?

Ce mouvement, qui explique le tiraillement de la bride méso-colique, nous donne également la clef de la constriction exercée par cette bride, concurremment à l'entortillement du rectum.

Nous avons constaté lors de l'autopsie que la pression exercée sur l'intestin au-dessus de l'étranglement augmentait les effets de la torsion du rectum.

L'examen de la figure montre de même, et il était bien plus facile de s'en assurer sur la pièce cadavérique, que l'accroissement de volume des anses situées derrière l'S iliaque aggravait en même temps l'inclinaison et la flexion de la portion étranglée, et que le déplacement de la portion (1) de l'anse horizontale augmentait le tiraillement de la bride méso-colique qui se trouvait forcée de suivre son mouvement, et par suite la constriction du point étranglé de l'intestin.

Il ne me paraît donc pas trop aventureux d'avancer :

Que la *torsion* de l'extrémité supérieure du rectum peut être déterminée par les mouvements imprimés à une anse de l'S iliaque qui, dans certaines dispositions anormales, embrasse cette portion de l'intestin dans l'inflexion de son coude ; qu'elle peut se compliquer d'un étranglement par *bride méso-colique*, et que cette obstruction intestinale, une fois produite, se trouve maintenue et aggravée par la distension de plus en plus considérable que subit l'intestin au-dessus de la stricture.

Si cette théorie n'est pas la vraie, je ne crois pas qu'on puisse lui refuser le mérite d'être la plus vraisemblable.

Comment expliquer maintenant la perforation du cœcum, qui a amené la mort en moins de douze heures par péritonite saraiguë, alors que les symptômes dus à l'étranglement interne lui-même ont à peine eu le temps de s'esquisser?

Je ferai d'abord remarquer que cette perforation se distingue, et par son siége et par ses caractères anatomiques, de celles qui compliquent quelquefois les étranglements internes et qui siégent au niveau ou dans le voisinage immédiat de l'agent constricteur.

Ses caractères étaient tels que j'ai dû me demander, quand je l'ai découverte, si elle n'était pas un accident de la nécropsie.

Je puis être affirmatif sur ce point. J'ai pratiqué l'autopsie moi-même : la perforation se trouvait en rapport avec une portion de la paroi abdominale qui n'a pas été intéressée par les instruments, et du reste j'ai opéré l'incision transversale de cette paroi avec de gros ciseaux mousses.

L'interprétation que je propose s'est offerte à mon esprit en constatant la disposition des brides fibreuses du cœcum que j'ai décrite plus haut.

Ces brides sont-elles des néoformations, ou résultent-elles seu-

lement d'adhérences anormales établies entre la paroi de l'intestin et les extrémités libres des appendices graisseux péritonéaux? je l'ignore ; en tout cas elles témoignent, à mon sens, d'un travail inflammatoire localisé à la portion du péritoine qui tapisse le cœcum et qui s'est produite à une époque antérieure indéterminée.

Sous l'influence de la distension exagérée des bosselures du cœcum produite par l'interruption du cours des gaz, l'une d'elles, au lieu de se prêter à l'élongation subie par les autres, se serait rompue à son point d'insertion, entraînant la déchirure longitudinale du péritoine que j'ai signalée ; cela fait, les tuniques muqueuse et musculaire, refoulées par la pression interne exagérée, auraient fait hernie à travers cette fente de la séreuse, et en éclatant se seraient rompues circulairement.

De là épanchement du liquide intestinal retrouvé dans le petit bassin et péritonite généralisée.

Telle est l'explication la plus acceptable, à mon avis, du développement et de la filiation des phénomènes anatomo-pathologiques qui se sont produits chez mon malade.

Envisagé au point de vue pratique, ce fait évidemment n'a laissé place à aucune intervention chirurgicale ; mais les accidents produits par la torsion de l'extrémité supérieure du rectum n'affectent pas d'ordinaire une marche aussi foudroyante et laissent quelques jours au chirurgien.

Je ne connais guère d'analogue que le fait présenté par Oulmont en 1842 à la Société anatomique [1].

Si l'accident avait évolué dans les conditions ordinaires, on peut se demander quelle eût été la conduite à tenir, et sur quels signes on eût pu se baser pour intervenir avec profit.

Quand j'arrivai au lit de ce malade, il revenait des cabinets, et il m'apprit que c'était au moins la dixième fois depuis le matin qu'il se présentait à la garde-robe, sans pouvoir expulser le moindre gaz, ni la moindre parcelle solide ou liquide d'excréments.

Si j'avais à ce moment pratiqué le toucher rectal, en constatant la vacuité de l'intestin aussi loin que mon doigt eût pu parvenir, j'aurais pu être amené à l'idée que c'était à *la partie supérieure* du rectum que se trouvait l'obstacle au cours des matières, et qu'il ne s'agissait pas seulement d'une de ces causes banales de constipation que les purgatifs font facilement disparaître.

Je crois devoir spécialement insister sur ce point, en formulant ainsi qu'il suit mon opinion :

Le ténesme rectal coïncidant avec la *constipation* et la *vacuité* du rectum est un signe *précoce* de l'occlusion de l'extrémité supé-

[1] *Bulletin de la Société anatomique*, t. XVII, p. 336.

rieure du rectum (voire même peut-être de l'extrémité inférieure de l'S iliaque) quelle qu'en soit du reste la cause.

Assurément, dans le fait présent, cet indice sur le siége de l'étranglement ne nous eût pas été fort utile pour l'institution d'un traitement médical, puisque après tout le malade a succombé à une lésion contre laquelle nous étions à peu près impuissants, et que d'autre part, pour ce qui a trait à l'obstruction intestinale elle-même, si les injections rectales forcées parvenaient à déplisser et à décortiller l'intestin, elles n'arrivaient pas à vaincre la stricture exercée par le méso-côlon.

Mais ce signe eût été des plus précieux pour l'indication de la méthode opératoire et de son lieu d'élection, si on eût eu le temps d'agir.

Je faisais remarquer aux élèves qui assistaient à l'autopsie quelles difficultés on eût rencontrées pour découvrir le siége de l'étranglement, si on eût pratiqué la *gastrotomie* dans le but très-problématique de trouver l'agent constricteur.

Il est plus que probable, et je note en passant ce point pour montrer que la localisation du summum de la douleur à une région déterminée, signe indiqué par Dupuytren [1], ne peut servir de règle absolue pour le choix du lieu d'élection, il est, dis-je, probable que d'après les symptômes on eût ouvert l'abdomen au niveau de la fosse iliaque droite. On fût tombé sur la perforation du cœcum, mais à quelle distance du point de l'intestin obstrué ? Alors même que le ventre était démesurément ouvert, il nous a fallu déplacer largement des anses intestinales dilatées pour nous renseigner sur le siége et la nature de l'étranglement.

Supposons une gastrotomie exploratrice pratiquée sur la ligne blanche entre l'ombilic et le pubis, que de tâtonnements pour arriver avec un ou deux doigts, avec la main même tout entière sur le siége du mal, quel embarras pour établir le diagnostic précis de cette double cause d'étranglement interne, quelles difficultés pour y remédier !

M. Panas a signalé ces impossibilités dans la relation si précise de son opération d'entérotomie pour un cas semblable [2].

Je crois donc que dans le cas de *volvulus*, affection qui ne peut guère être diagnostiquée que par exclusion, la pratique de la *gastrotomie* proprement dite n'est pas à conseiller.

Il faut se résoudre à pratiquer un anus artificiel, avec l'espoir que cette ressource provisoire permettra d'attendre le déplissement de l'intestin.

[1] Voir Besnier, *Des étranglements internes*, Paris, 1860, p. 309.

[2] Panas, *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, juin 1871.

Mais, *pour le cas spécial*, c'est le gros intestin qu'il faut ouvrir ; car si le chirurgien tombe sur l'intestin grêle, il a beaucoup de chances de voir succomber son opéré soit à la persistance des accidents d'occlusion, soit à la péritonite. C'était l'opinion de Trousseau [1] ; et c'est ce que prouve un fait de Robert, rapporté par M. Besnier dans sa thèse inaugurale [2].

C'est le but que la méthode de Callisen et le procédé d'Amusat permettent de réaliser par l'application d'un anus artificiel qui porte sur le côlon descendant.

Je ne veux pas dire par là que le procédé de Nélaton soit absolument à rejeter, puisque dans le cas actuel, que l'entérotomie fût portée à droite ou à gauche, on aurait eu les plus grandes chances pour trouver le gros intestin, à cause de son énorme dilatation. Mais à la rigueur on eût pu aussi rencontrer l'intestin grêle et se trouver alors dans des conditions très-défavorables au succès de l'opération.

Il importe donc d'arriver le plus tôt possible à diagnostiquer le siége du volvulus des gros intestins, et voilà pourquoi j'insiste sur un signe qui m'a vivement frappé au lit du malade, parce qu'il me paraît de nature à renseigner le chirurgien dès le début de l'affection, à le guider dans ses recherches, à assurer le diagnostic du siége de l'obstruction, et par suite à déterminer le choix de la méthode opérative la plus favorable.

Communications.

Constriction permanente des mâchoires — Opération d'Esmarch. — Guérison. par M. Cazin de Boulogne-sur-Mer.

Des constrictions permanentes des mâchoires ne sont pas des faits très-rares, et l'opération instituée par Esmarch est actuellement jugée à sa valeur, mais les exemples du résultat complet ne sont pas encore très-nombreux ; permettez-moi de vous entretenir d'un fait de ma pratique apportant un nouveau succès à l'actif de cette opération.

W..., ouvrier aux usines métallurgiques de Marquise, contracte en août 1875 une fièvre typhoïde grave qui se complique vers le troisième septenaire d'un énorme abcès de la joue dont je ne saurais donner les limites, n'ayant pas vu le malade à cette époque.

[1] Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1865, t. III, p. 193.

[2] Besnier, Thèse inaugurale, Paris, 1858, et *Des étranglements internes*, Paris, 1860, p. 323.

Tout ce que je puis dire, c'est que cet abcès fut étendu et que la mâchoire et son périoste furent intéressés, le malade me représente des portions osseuses élinimées qui me paraissent provenir de l'apophyse coronoïde. On constate une cicatrice un peu au-dessous de l'apophyse zygomatique qui montre que la collection purulente s'est ouverte au dehors ; insensiblement le nommé W... sentit qu'il n'ouvrait plus les mâchoires avec autant de facilité ni dans une aussi grande étendue, et au moment où il vient me consulter, six mois après la guérison de la fièvre typhoïde, il ne peut plus du tout abaisser le maxillaire ; c'est avec grande peine qu'à l'aide d'une cuillère il parvient à faire pénétrer un peu de liquide entre les dents resserrées.

L'examen se borne à constater les détails qui précèdent, l'indicateur introduit dans la bouche sent à gauche et au fond du sillon genio-gengival une corde très-tendue en dehors, le masseter est très-dur et résistant ; tous les efforts, même avec un levier introduit avec beaucoup de peine, ne parviennent pas à écarter même de quelques millimètres le maxillaire solidement fixé contre l'arcade dentaire supérieure. Du côté droit, tout paraît sain.

Une opération est décidée et, de concert avec le Dr Loppe, médecin des usines, je procède à la section sous-cutanée du masseter et des brides. Cette méthode, en laquelle j'avais une foi médiocre, n'amena aucun résultat, les dégâts étaient trop étendus et il eût été dangereux de porter le ténotome profondément sans connaître exactement les limites du mal. Je laissai donc les choses en état. Un mois après, l'opération d'Esmarch fut pratiquée ainsi qu'il suit :

Incision de 3 centimètres le long du bord de la mâchoire, débutant au niveau du masseter et intéressant tous les tissus jusqu'à l'os, ligature de la faciale, décollement du périoste à la face interne et à la face externe de l'os. — J'enlève ensuite avec une certaine difficulté la troisième molaire; alors, une grosse aiguille armée d'un fort fil est introduite par l'incision entre le périoste et l'os, est sortie par la bouche, puis suit un trajet inverse en penchant par la face interne des gencives au niveau de la molaire arrachée.

Une scie à chaîne attachée à l'un des chefs de ce fil le remplace ; la section est faite très-facilement.

Il n'en est pas de même lorsque, à l'aide d'une petite scie droite et étroite, je veux scier la portion masseterine du maxillaire, pour enlever un coin de l'os en forme de V à sommet supérieur. Le tissu osseux est excessivement dur et rend ce temps de l'opération fort laborieux.

Je suis obligé de finir la séparation de cette partie à l'aide d'une forte pince de Lister.

C'est évidemment là un temps de l'opération défectueux. Le reste se passa très-bien; 4 points de suture; je laisse un drain en place qui ressort par la commissure des lèvres, un petit morceau de feuille de plomb est interposé entre les surfaces osseuses sectionnées.

Les suites furent très-simples : la mâchoire, ouverte au moment de l'opération, fut soumise à des écartements répétés par le malade lui-même; le drain et la feuille de plomb furent retirés le 15e jour; au bout d'un mois la plaie était cicatrisée.

Depuis cette époque, j'ai souvent revu l'opéré; l'écartement des mâchoires se fait très-aisément et il n'existe même pas de translation légère du maxillaire à droite, c'est-à-dire du côté des seuls muscles agissants : il s'en suit que l'arcade dentaire inférieure s'applique exactement sur la supérieure.

La mastication se fait donc librement et avec force.

J'ai recherché si l'on ne pourrait pas simplifier le mode opératoire imaginé par Esmarch, quant au temps où on sectionne le V osseux. Si j'ai l'occasion de pratiquer de nouveau cette opération, au lieu d'introduire une seule scie à chaîne, j'en introduirai deux en même temps; sur le bord supérieur ou dentaire de la mâchoire, les deux scies se toucheront presque, une d'elles confiée à un aide sera écartée de l'autre dans une étendue correspondant à la largeur à donner au coin osseux, et l'opérateur et l'aide opéreront la section chacun de son côté.

Discussion.

M. Desprès. — Le malade de M. Cazin, âgé de 20 ans, a eu une contracture de la mâchoire consécutive a une périostite, peut-être une nécrose superficielle de la mâchoire. Nous guérissons ces malades par l'avulsion de la dent de sagesse, et nous ne faisons pas l'opération d'Esmarch, nous la réservons pour les ankyloses cicatricielles.

Tumeur fibreuse de la paroi postérieure de l'excavation pelvienne. Présentation du sommet en position latérale droite, variété postérieure, application du forceps. — Péritonite, mort,

par M. Depaul.

La Société, qui s'est occupée à diverses reprises des corps fibreux utérins, de leur influence sur la grossesse et l'accouchement, entendra sans doute avec plaisir la relation d'un fait où une

tumeur fibreuse de l'excavation pelvienne a été prise pour un myome utérin.

Il s'agit d'une femme de 31 ans entrée à l'hôpital le 11 novembre. Sa santé est habituellement bonne. Réglée à 17 ans, la malade a eu un premier accouchement facile. La deuxième grossesse, pénible, s'est terminée par un accouchement qui a nécessité 8 ou 10 applications de forceps; le troisième accouchement se fait sans difficulté, mais l'enfant était tout petit au dire de la malade. La grossesse actuelle est à terme et n'a donné lieu à aucun accident qui puisse être noté. Les douleurs régulières de l'accouchement ont débuté le 11 novembre à 8 heures du soir ; la rupture des membranes a lieu le 12 novembre à 5 heures du matin, la dilatation complète se fait le même jour à 6 heures du matin. M. Depaul constate alors une présentation du sommet avec dos à droite; le col, qui était jusque-là aplati contre la symphyse, est ouvert. En arrière, paraissant faire corps avec la partie inférieure du segment postérieur de l'utérus, on touche une tumeur dure, lisse, non mobile et du volume d'une mandarine. Par le toucher rectal on arrive plus facilement sur la tumeur.

L'enfant souffre du retard apporté à l'accouchement, M. Depaul se décide à faire une application de forceps et sans grande difficulté extrait un enfant du poids de 3,520 grammes. L'enfant est promptement ranimé. La malade a succombé à une péritonite qui ne s'est développée que le 24, c'est-à-dire 12 jours après l'accouchement; la mort a eu lieu le 28.

A l'autopsie je constate avec surprise, au lieu d'une tumeur du segment postérieur de la matrice que j'avais diagnostiquée, une tumeur fibreuse du poids de 1,260 grammes ayant 23 centimètres de diamètre : elle était implantée dans les trous de conjugaison des deux dernières lombaires du côté gauche et dans le trou sacré gauche de la troisième vertèbre sacrée.

J'ajoute qu'en faisant l'autopsie j'ai été frappé de la grandeur du bassin.

En voici la mensuration :

D'une épine iliaque à l'autre		0,28
Détroit supérieur	diam. ant. post.	0,13
	— transverse	0,14,3
	— oblique droit	0,14
	— gauche	0,13,5
Détroit inférieur. — Diam. transverse		0,11,5

Rapports.

Localisations cérébrales et trépanations.

Rapport sur une observation de trépanation de M. Terrillon, accompagnée de l'exposé d'un procédé de mensuration crânienne applicable à la détermination du siége des lésions, en vue de la physiologie pathologique des localisations, par M. Le Dentu.

Messieurs,

L'antique question de la trépanation, source inépuisable de discussions et de conflits, a fait dans ces dernières années une nouvelle apparition sur la scène chirurgicale, appuyée cette fois par un renfort d'arguments avec lesquels on n'avait pas encore eu à compter. La découverte des centres moteurs localisés dans certains points de la substance corticale du cerveau, après avoir bouleversé de fond en comble les notions de physiologie acceptées depuis longtemps comme définitives, a imprimé une impulsion favorable à l'étude des maladies de l'encéphale.

La chirurgie devait, comme la médecine, bénéficier de ce progrès. Il était réservé à M. Broca, qui le premier avait fourni à la doctrine des localisations une démonstration irréfutable, de prouver par un exemple frappant qu'il y avait une heureuse application à faire des notions nouvellement acquises au diagnostic des lésions de l'encéphale d'origine traumatique et aux indications du trépan.

Le cas extrêmement intéressant auquel je fais allusion, et sur lequel j'aurai à revenir plus tard, est resté isolé jusqu'à ce jour [1].

De toutes les trépanations pratiquées depuis lors, il n'y en a aucune dans laquelle la main de l'opérateur ait été guidée par la connaissance des centres moteurs; mais l'éveil est donné. S'il est certain que le centre du langage articulé peut être atteint à coup sûr, grâce au procédé par lequel M. Broca a obtenu son remarquable succès, il n'en est peut-être pas de même en ce qui concerne les autres centres connus.

Leur détermination, déjà passablement rigoureuse, ne peut-elle être considérée que comme un encouragement à de nouvelles recherches? Les résultats de l'expérimentation physiologique et de la clinique représenteraient-ils, au cas échéant, pour l'intervention chirurgicale une base suffisamment sûre? Voilà le problème qui s'offre aujourd'hui à vos réflexions et dont je vais m'efforcer de réunir dans ce travail les principales données.

La question est si complexe, elle force à remettre en discussion tant de points de la pathologie cérébrale, qu'il me serait impossible de la traiter d'une façon sérieuse sans entrer dans d'assez longs développements; je m'en excuserais dès maintenant si je ne

[1] Sur la topographie crânio-cérébrale ou sur les rapports anatomiques du crâne et du cerveau. (*Revue d'anthropologie*, 1876, t. V, n° 5.)

sentais la nécessité pour la Société de chirurgie d'intervenir à son tour dans le débat et de porter son attention sur le point qui la touche spécialement.

Le 29 novembre 1876, M. Proust communiquait à l'Académie de médecine, en son nom et en celui de M. Terrillon, l'observation d'un jeune homme que la trépanation avait guéri de troubles paralytiques du côté de la face et du bras droit, ainsi que d'une aphasie bien caractérisée, quoique incomplète. Le 6 décembre 1876, M. Terrillon nous montrait son opéré dans un état de santé irréprochable.

Dans cette même séance, il vous faisait connaître le procédé au moyen duquel il avait pu déterminer avec M. Proust le point du cerveau correspondant au fragment enfoncé; non pas, je m'empresse de le dire, que cette détermination eût guidé en rien le trépan : la pensée de MM. Proust et Terrillon était simplement de tirer du fait le plus grand parti possible au point de vue de la physiologie pathologique des lésions cérébrales. L'opération ayant précédé les expériences et les mensurations spéciales qui constituent le procédé employé dans ce cas, il ne pouvait y avoir de doutes à cet égard. Il résulte d'ailleurs des déclarations très-nettes de M. Terrillon qu'il s'est appuyé dans son opération sur les indications et les règles ayant cours bien avant la découverte des centres.

Revenant le 18 janvier à l'idée qu'il nous avait déjà soumise, mais lui donnant cette fois une application plus générale, M. Terrillon a lu devant vous un travail dans lequel il a cherché à établir, par l'exposé des principales notions relatives à la topographie crânio-cérébrale et par la description plus détaillée de son procédé, que toute observation de lésion traumatique du cuir chevelu, du squelette crânien et de l'encéphale dans laquelle on aurait eu soin de consigner certaines mensurations que j'aurai à préciser plus tard, pourrait servir à la détermination des localisations cérébrales, en permettant à tout lecteur de cette observation de reporter les longueurs et les distances représentées par des chiffres sur un crâne de squelette aussi identique que possible à celui du blessé.

Si l'on voulait exprimer en une formule concise le problème que s'est posé M. Terrillon, on pourrait dire :

Étant donné un blessé atteint d'une lésion du cuir chevelu, des os du crâne et du cerveau, déterminer le point du cerveau où siége la lésion, par un artifice qui permette de transporter en quelque sorte la blessure sur un point identique d'un crâne de dimensions égales.

Ce procédé de mensuration n'est donc en réalité qu'un moyen d'étude offert aux chercheurs. Il ne peut prétendre à l'honneur de fournir un guide à la trépanation; car il implique, comme condition *sine qua non* d'application, l'existence d'un enfoncement os-

seux, d'une plaie ou tout au moins d'une contusion facilement reconnaissable des parties molles. Or, en général et sauf quelques cas particuliers qu'il est permis de prévoir, là où il y a un signe extérieur quelconque capable d'indiquer nettement la région atteinte par le traumatisme, je puis le dire à l'avance, les localisations perdent leurs droits, et le signe extérieur reste le véritable point de repère dont le chirurgien ne peut s'écarter que sous peine de faire fausse route.

Ceci posé, il y a peut-être lieu de s'étonner un peu d'une revendication de priorité que la communication de M. Terrillon a fait surgir dans le sein même de cette Société. Dans la séance du 14 février 1877, M. Lucas-Championnière [1] se plaignait de ce que M. Proust, à l'Académie, et M. Terrillon, à la Société de chirurgie, *avaient passé sous silence ses propres travaux* et vous avaient *communiqué un fait sous la rubrique de contribution à l'étude du trépan et des localisations cérébrales.*

La plainte de notre collègue est-elle bien fondée ?

D'une part, M. Lucas-Championnière reconnaît avoir pratiqué la trépanation *presque au hasard* sur le malade dont l'observation intéressante sera rappelée plus tard. La connaissance des centres moteurs ne l'a donc pas plus guidé que M. Terrillon.

D'autre part, après avoir indiqué les points de repère dont la détermination est nécessaire pour tracer la ligne rolandique, M. Lucas-Championnière ajoute que *les procédés employés pour trouver ces points de repère sont nécessairement empruntés aux beaux travaux de topographie cérébrale de MM. Broca, Turner, Féré,* etc. M. Lucas-Championnière reconnaît donc implicitement qu'il n'a fait que transporter ces notions du crâne sec au crâne revêtu des parties molles et insister sur le parti qu'on en pourrait tirer pour la trépanation. Enfin vous avez dû être frappés de la différence du but que se sont proposé M. Lucas-Championnière et M. Terrillon, en préconisant chacun un procédé spécial de mensuration. Tandis que le premier cherchait à prouver que, même dans le cas où il n'y aurait sur le crâne et les parties molles aucune trace de lésion, on pourrait appliquer le trépan à coup sûr, en regard de tel ou tel centre moteur, le second indiquait simplement la manière de s'y prendre pour faire contribuer toute observation à l'étude des localisations cérébrales. L'un se plaçait sur le terrain de la médecine opératoire, l'autre sur celui de la physiologie pathologique. M. Terrillon restait donc dans son droit strict en ne ci-

[1] Des indications tirées des localisations cérébrales pour la trépanation du crâne. — Méthode opératoire. — Applications, *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1877, t. III, p. 119.

tant pas les travaux dont les auteurs ne poursuivaient pas le même but que lui, de même qu'il n'a pas cru devoir vous présenter un historique complet de la question des localisations.

En résumé, je suis convaincu que la revendication de M. Lucas-Championnière repose sur une méprise résultant de ce qu'il n'a pas eu du travail de M. Terrillon une connaissance suffisante.

Vous me permettrez, Messieurs, de ne pas m'étendre davantage sur cette question de personnes; mais, en qualité de rapporteur des communications de M. Terrillon, il m'a semblé que je devais, avant de vous parler du procédé incriminé, répondre à la réclamation dont il avait été l'objet.

II

Voici, réduite à ses particularités les plus importantes, l'observation de M. Terrillon :

Dans la nuit du 8 octobre 1876, un jeune homme de 19 ans reçoit dans une rixe avec des militaires un coup de sabre-baïonnette au niveau de la bosse pariétale gauche. La blessure est suivie immédiatement d'une perte de connaissance qui dure dix minutes environ. Puis tout symptôme de lésions encéphaliques disparaît jusqu'à huit heures du matin.

Alors survient une nouvelle perte de connaissance qui, comme la première, ne se prolonge pas au delà de dix minutes; elle laisse à sa suite des étourdissements et de la lourdeur de tête.

Le blessé est retenu huit jours à la prison de Mazas; pendant ce temps, aucun symptôme nouveau n'apparaît.

Dix jours pleins après l'accident, le 19 octobre, la parole s'embarrasse, la moitié droite de la face est frappée de paralysie, ainsi que le bras droit.

Il eût été intéressant de savoir dans quel ordre et avec quelle rapidité s'étaient développés ces symptômes; mais on ne peut apprendre qu'une chose du malade, c'est que leur début n'a pas été brusque. Ils n'auraient atteint que graduellement le degré où on les trouve le jour de l'entrée du blessé à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Proust.

Mandé par M. Proust, M. Terrillon constate sur la région pariétale gauche une plaie oblique en bas et en arrière, de 3 centimètres de long, située à environ 9 centimètres au-dessus du conduit auditif, à cheval, à peu de chose près, sur la ligne verticale élevée au-dessus de ce conduit.

Le malade est assoupi et ne paraît pas souffrir de cette première exploration.

La paralysie de la moitié droite de la face est complète, mais

elle n'atteint ni le muscle frontal, ni l'orbiculaire des paupières. La langue est déviée à droite, la luette à gauche.

La paralysie du bras droit est incomplète ; elle s'accuse par des fourmillements fréquents, de l'engourdissement, de la faiblesse des muscles de la main, de l'avant-bras et du bras, par un défaut de précision des mouvements qui donne lieu à une grande maladresse.

Tous les muscles répondent à la faradisation.

Les muscles de l'épaule sont intacts.

Rien d'anormal du côté de la jambe droite.

La sensibilité générale et la sensibilité sensorielle ne sont nullement altérées.

L'aphasie, bien qu'incomplète, est parfaitement caractérisée par de l'amnésie verbale, par des erreurs dans l'adaptation des mots aux objets, par l'hésitation et la lenteur des réponses.

Les troubles du langage sont en outre compliqués par la difficulté de prononciation résultant de la paralysie du facial inférieur.

Température axillaire : 37°.

Le 26 octobre, une exploration plus complète du fond de la plaie agrandie par un débridement fait reconnaître l'enfoncement d'un fragment osseux quadrilatère, à bords nets, « ayant l'étendue d'un centimètre et demi en carré ».

Le fragment osseux est enfoncé d'une quantité égale à son épaisseur et solidement enclavé.

M. Terrillon, craignant à juste titre l'aggravation des symptômes, considère la trépanation comme suffisamment indiquée et la pratique le 27 octobre.

Se guidant sur la plaie des téguments et la situation du fragment enclavé, il débride par en haut et applique une couronne de trépan de 1 centimètre et demi de diamètre, qui empiète un peu sur le bord supérieur du fragment.

Par l'ouverture ainsi faite, il extrait trois gros fragments et plusieurs petits, dont il eût été bon de faire connaître les dimensions exactes.

Un peu de pus s'écoule par la brèche.

L'opérateur reconnaît alors que la dure-mère est intacte, circonstance heureuse eu égard au pronostic, et qui doit se réaliser fréquemment dans les enfoncements limités du crâne.

Dans l'espèce, elle peut presque à elle seule nous empêcher de nous étonner que le malade, après une amélioration survenue immédiatement, surtout du côté de l'aphasie, ait été à peu près complètement guéri le 13 novembre, malgré un érysipèle facial apparu le 1er novembre.

Depuis le 13 novembre, la guérison s'est confirmée, ainsi que

vous avez pu vous en assurer en examinant le blessé le 6 décembre. La plaie était alors entièrement cicatrisée et il ne persistait plus aucun trouble, ni de la motilité, ni de l'intelligence.

Le fait dont je viens de vous présenter un résumé est un cas intéressant à inscrire à l'actif de la trépanation ; mais pour en tirer tous les enseignements qu'il comporte, il est indispensable de le soumettre à une critique rigoureuse.

L'apparition tardive des symptômes cérébraux en rend l'interprétation relativement facile. La compression pure et simple du cerveau, un épanchement sanguin considérable, eussent révélé leur influence directe tout de suite ou fort peu de temps après l'accident. Du moment qu'il a fallu aux complications paralytiques une dizaine de jours pour apparaître, on ne peut, ce me semble, s'en rendre compte que par un commencement de méningo-encéphalite ou tout au moins par une poussée congestive frisant l'inflammation et tout à fait comparable à celles qui se produisent chez les sujets atteints de tumeurs cérébrales.

Ces dernières peuvent rester ignorées jusqu'au jour où un afflux sanguin modifie l'état anatomique et fonctionnel de la substance cérébrale autour de la production morbide. De même, dans notre cas, un fragment osseux a pu comprimer impunément un point du cerveau jusqu'au jour où ce point et les régions voisines sont devenus le siége d'une poussée congestive ou inflammatoire déterminée à la longue par cette compression.

Un des exemples les plus frappants que je puisse citer pour rendre plus évident ce mode d'irruption des accidents tardifs m'est fourni par une observation intéressante de M. Maurice Raynaud[1]. On y voit un pthisique pris tout à coup d'une grande faiblesse du bras gauche. La mort survient quatre jours après, et l'on trouve à l'autopsie un petit tubercule enveloppé d'une zone de ramollissement rouge d'un centimètre de diamètre, le tout occupant la lèvre postérieure du sillon de Rolando, à 5 centimètres et demi du bord supérieur de l'hémisphère droit.

Le tubercule datait, je pense, de plus de quatre jours ; mais rien n'avait indiqué sa présence avant la poussée d'encéphalite que l'autopsie a révélée.

En vain objectera-t-on contre cette interprétation l'absence de fièvre, la forme paralytique des troubles fonctionnels qui pourrait sembler moins conforme à nos connaissances que la forme convulsive, représentée par les convulsions proprement dites ou par la contracture.

L'histoire de la congestion cérébrale et des méningo-encéphalites

[1] *Bull. de la Soc. anat.*, 25 juillet 1876.

partielles de l'écorce cérébrale répond suffisamment à la deuxième objection; quant à ce qui concerne la fièvre, on sait fort bien que des encéphalites, même étendues mais à marche chronique, peuvent parcourir tous les stades de leur évolution, sans que la température s'élève sensiblement.

D'ailleurs, chez le malade de M. Terrillon, le mode de guérison implique nettement que le cerveau avait déjà subi quelques lésions, puisque sauf l'amélioration immédiate de l'aphasie qui ne peut pas cependant être donnée comme une guérison complète et franche, les symptômes paralytiques ont mis un mois à disparaître entièrement.

Reste à savoir si l'intervention opératoire était suffisamment indiquée? Telle est mon opinion. Rien ne prouve que les accidents se fussent amendés d'eux-mêmes, si l'on se fût borné à les combattre par les moyens purement médicaux. Si l'interprétation que j'en ai donnée plus haut est exacte, il y avait là pour le sujet une menace qui ne pouvait que s'accentuer. Temporiser davantage, c'était s'exposer à intervenir beaucoup trop tard, alors que, au lieu d'avoir affaire à une congestion, à une irritation inflammatoire ou même à un commencement d'encéphalite bien limitée, on eût rencontré probablement une nappe de méningo-encéphalite purulente étendue sur une large surface du cerveau.

Pour terminer l'analyse du travail de M. Terrillon, il me reste à vous faire connaître le procédé par lequel il est parvenu à établir que chez son opéré le fragment enfoncé correspondait à la circonvolution pariétale ascendante, au niveau du pied de la deuxième circonvolution frontale, à 22 millimètres au-dessous du bord supérieur de l'hémisphère cérébral. Cette détermination précise a permis à M. Terrillon de dire que son observation était la première dans laquelle on pût trouver la recherche expérimentale du point du cerveau en rapport direct avec la lésion osseuse, sauf, bien entendu, le cas de M. Broca, où c'est justement la détermination préalable du siége de la lésion qui a guidé l'instrument avec une précision mathématique.

Le procédé de M. Terrillon se compose de plusieurs temps.

Premier temps : Mensuration au moyen d'un compas d'épaisseur ou d'un arc quelconque en fil de fer fort ou en plomb, des diamètres et des distances suivantes :

Diamètre antéro-postérieur, de la bosse nasale ou glabelle, à la protubérance occipitale externe.

Diamètre transverse, bi-pariétal, d'une bosse pariétale à l'autre.

Distance du milieu de la plaie ou de l'enfoncement osseux :

a — à l'apophyse orbitaire externe,

b — au sommet de l'apophyse mastoïde,

c — au point culminant de la protubérance occipitale externe.

Deuxième temps : Choix d'un crâne sec, identique à celui du blessé; transfert des diamètres et distances pris sur la tête du blessé sur ce crâne sec.

Les parties molles étant représentées sur le vivant par une épaisseur d'un demi-centimètre environ, aux deux extrémités des diamètres antéro-postérieur et transverse, les longueurs correspondant à ces diamètres doivent avoir sur le crâne sec un centimètre de moins que sur le crâne revêtu des parties molles.

Pour transporter sur le crâne sec les distances indiquées plus haut, on décrit avec un compas trois arcs de cercle, en prenant comme points de pivotement l'apophyse orbitaire externe, le sommet de l'apophyse mastoïde et la protubérance occipitale externe; mais les mesures prises sur la tête revêtue des parties molles devenant en quelque sorte trop grandes sur le crâne sec, à cause de l'absence des parties molles, les arcs de cercle s'entrecroisent à leur point de rencontre. Il en résulte un petit triangle curviligne dont le milieu peut être considéré comme correspondant au milieu de la lésion osseuse sur le sujet vivant.

Troisième temps : Ce point étant déterminé sur le crâne sec, il reste à savoir à quelle région cérébrale il correspond. On pourrait y arriver de deux façons : soit en utilisant sans contrôle nouveau les résultats des travaux de MM. Heftler [1], Broca, Turner [2], Féré [3], sur la topographie crânio-cérébrale, soit en reportant sur des crânes de cadavres dépouillés des parties molles les mesures déjà reportées du sujet vivant sur le crâne sec.

C'est ce qu'a fait M. Terrillon, voulant ainsi se mettre à l'abri des causes d'erreur résultant de ce que les chiffres donnés par les anthropologistes représentent des moyennes; mais il faut pour cela trouver des cadavres dont les crânes soient identiques à celui du blessé. De là une difficulté de réalisation qui peut sérieusement entrer en ligne de compte, parmi les objections dont le procédé de M. Terrillon est passible.

Quatrième temps : Le siége de la lésion osseuse étant déterminé sur le crâne dénudé d'un cadavre, M. Terrillon, au lieu de

[1] Ferd. Heftler, Circonvolutions cérébrales chez l'homme et leurs rapports avec le crâne. *Dissertation inaugurale* à l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg, 5 mai 1873.

[2] W. Turner, On the relations of the circonvolutions of the human cerebrum to the outer surface of the skull and head. *Journ. of anatomy and physiology*, ser. II, n° XIII, nov. 1873, p. 142-148, et n° XIV, may 1874, p. 359, 361.

[3] Ch. Féré, Note sur quelques points de la topographie cérébrale, in *Bull. Soc. anat.*, 24 décembre 1875, et *Arch. de physiologie*, 1876.

perforer l'os avec une drille et de faire pénétrer une petite fiche de bois dans le cerveau par la perforation (procédé dont s'est servi M. Broca dans ses recherches), M. Terrillon, dis-je, croit qu'il est préférable de trépaner et d'enfoncer quatre épingles dans le cerveau à travers la dure-mère intacte. Son idée est d'éviter l'écoulement du liquide céphalo-rachidien et les erreurs qui pourraient s'ensuivre.

Par ce procédé employé sur dix cadavres, M. Terrillon est toujours tombé sur la *circonvolution pariétale ascendante ;* d'où il conclut que sur son opéré, c'était bien ce point du cerveau qui avait été lésé.

Qu'on emploie le procédé des fiches de M. Broca, ou celui que propose M. Terrillon, il est indispensable, pour l'exécution de ce quatrième temps, de prendre sur le crâne sec la distance *minima* du point correspondant à la lésion aux quatre sutures sagittale, fronto-pariétale, pariéto-temporale et pariéto-occipitale.

Dans les autopsies, la mensuration des distances du point lésé aux sutures et aux bosses voisines, jointe à la détermination du même point sur le cerveau, permettrait aux lecteurs des observations d'en tirer tout le parti possible.

Sans doute l'idée de M. Terrillon n'est pas mauvaise. Inviter tous ceux qui pourront faire l'auptosie d'individus morts de lésions bien limitées du crâne et de l'encéphale à rechercher avec précision les points du cerveau qu'aura atteints le traumatisme, recommander pour cette recherche un procédé basé sur les distances de la fracture aux sutures et aux bosses voisines et sur l'introduction d'un certain nombre d'épingles à travers la dure-mère intacte ou déchirée, c'est encourager les efforts de l'anatomie pathologique dans la voie de la détermination des centres ; mais recommander certaines mensurations sur le sujet vivant et penser qu'il suffira d'avoir déterminé sur un crâne sec ou sur le crâne d'un cadavre le point correspondant à la blessure extérieure, pour conclure que les symptômes observés chez le sujet vivant résultent d'une lésion cérébrale placée juste en regard de la lésion osseuse, c'est introduire dans les éléments de solution du problème une cause d'erreur dont il me sera facile de prouver dès à présent la réalité.

C'est dans l'observation même de M. Terrillon, que je trouverai la preuve de ce que j'avance.

En effet, M. Terrillon, en entreprenant ses expériences, est parti de l'idée que le maximum des lésions cérébrales chez son sujet devait se trouver juste au-dessous de l'enfoncement osseux. Or ce point est celui où, d'après certains des expérimentateurs dont

j'aurai à résumer plus loin les travaux, siégerait à peu près le centre moteur du bras du côté opposé.

Sans doute l'observation apprend que les muscles du bras, de l'avant-bras et de la main, étaient atteints de paralysie, mais c'était une paralysie incomplète, n'allant guère qu'à la maladresse, au défaut de précision des mouvements, aux fourmillements, à l'engourdissement; tandis que la paralysie du facial inférieur était complète et que l'aphasie était assez caractérisée pour que l'on ne pût douter de son existence.

Or le centre moteur de la face et celui du langage articulé sont placés plus bas et plus en avant que le centre moteur du bras.

De cette simple réflexion, il résulte que c'étaient les symptômes les moins accusés (la parésie du bras) qui se rattachaient à la lésion de la région cérébrale placée juste au-dessous de la fracture, et déterminée expérimentalement par M. Terrillon.

Mais alors comment expliquer l'aphasie et l'hémiplégie faciale? M. Terrillon essaie de se tirer de ce pas difficile en mettant l'une et l'autre sur le compte de troubles à distance, et il n'a pas l'air de se douter qu'en invoquant cette explication si vague, si peu conforme au désir de précision qui semble être la règle fondamentale de sa méthode, il porte à cette dernière et aux conclusions qu'il en tire un rude coup, en montrant malgré lui et en dépit de ses efforts pour établir le contraire, que les actions de voisinage et à distance enlèvent leur valeur, au point de vue de la physiologie pathologique des localisations, à toutes les observations prises sur le vivant et non suivies d'un procès-verbal d'autopsie.

Selon moi c'est par cette dernière voie seulement qu'on arrivera à des résultats dignes de confiance; c'est ainsi qu'ont procédé les auteurs qui ont demandé en même temps à la clinique et aux examens cadavériques les éclaircissements que ne pouvait leur fournir l'expérimentation physiologique.

Par contre, le fait de M. Terrillon, attaquable, ainsi qu'on le voit, dans les déductions qu'il a cru pouvoir en tirer, établit que même en se plaçant sur le terrain des localisations, la précision opératoire absolue n'est pas de rigueur, puisque l'extraction des esquilles a fait disparaître, non pas seulement la monoplégie brachiale, mais même l'hémiplégie faciale et l'aphasie.

A supposer que le choix du point trépané eût été déterminé non par la situation de la plaie, mais par les connaissances acquises sur le siége précis des centre moteurs, à supposer encore que l'opérateur, voulant remédier avant tout aux troubles fonctionnels les plus accusés, eût appliqué la couronne de trépan en regard du centre des mouvements de la face, le résultat n'aurait pas été plus complet.

Donc, je le répète, une précision opératoire absolue n'est pas toujours de rigueur, pour remédier aux symptômes dus aux lésions des centres connus. Sauf le cas d'une altération anatomique très-limitée, telle que celle que produirait un tout petit abcès du cerveau, on peut, je crois, avancer qu'une approximation même un peu grossière serait suffisante, si la lésion était représentée par un épanchement de sang, par un enfoncement de la table interne du crâne ou par un abcès quelque peu considérable.

S'il en est réellement ainsi, la cause des localisations est gagnée à l'avance, à condition toutefois que je parvienne à vous démontrer que par le concours de la physiologie et de la clinique, la situation, sinon de tous les centres moteurs, au moins de plusieurs de ceux dont il a été question dans ces derniers temps, est déterminée avec assez de précision pour que les tentatives opératoires basées sur la topographie crânio-cérébrale ne puissent être dans tous les cas taxées de témérité.

III.

Jusqu'en 1861, la non-excitabilité des lobes cérébraux, que Lorry, Flourens, Hertwig, Longet pensaient avoir définitivement démontrée, en dépit des assertions contraires de Haller et de Zinn, était acceptée généralement comme un dogme absolu. En vain quelques cliniciens, parmi lesquels on voit figurer au premier rang MM. Bouilland et Serres, avaient dressé en regard des conclusions formelles de la physiologie des faits pathologiques défavorables à la doctrine régnante. Les physiologistes répondaient que « chez l'homme les maladies peuvent faire surgir au sein des organes des irritations telles qu'un stimulus artificiel et immédiat n'en saurait produire » ou bien encore « que les parties réellement excitables de l'encéphale humain se trouvent stimulées sympathiquement ; » et l'on se contentait provisoirement de ces explications qui en réalité n'expliquaient rien [1].

Alors M. Broca [2], s'appuyant sur des autopsies faites à Bicêtre, avança preuves en main que la fonction du langage articulé était sous la dépendance d'un centre situé dans la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche. De la communication de M. Broca à l'Académie de médecine résultaient deux conséquences, d'abord l'existence probable d'un certain nombre

[1] Longet, *Anat. et physiologie du système nerveux de l'homme et des animaux vertébrés*. Paris 1842, t. I, et *Traité de physiologie*, 2e édit. 1860, t. II, p. 434.

[2] P. Broca, Sur le siége du langage articulé. *Bullet. de l'Ac. de médecine* et *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1861.

d'autres centres, ensuite la prédominance fonctionnelle d'un hémisphère cérébral sur l'autre, au moins dans l'exercice de certaines attributions de l'encéphale.

La doctrine de l'homogénéité fonctionnelle était par là même sapée dans sa base. Quelques années devaient à peine s'écouler avant que la démonstration expérimentale de certaines localisations fît rentrer la question dans la voie d'où l'avaient écartée les physiologistes dont j'ai cité plus haut les noms.

Dans de nombreuses expériences, sur des chats et des chiens d'abord, puis sur des singes, Fritsch et Hitzig [1] en Allemagne, Ferrier [2] en Angleterre, reconnurent par l'excitation électrique l'existence d'un certain nombre de centres moteurs et essayèrent d'en déterminer rigoureusement la topographie. Parmi les expérimentateurs qui vinrent après eux ils trouvèrent des partisans et des contradicteurs. De même qu'en clinique, en regard des noms de MM. Bouilland, Broca, Griesinger, Bernhardt, Hughlings Jackson [3], Charcot [4], Landouzy [5], Pîtres [6], Bourdon [7], qui ont contribué à la détermination des centres, on peut citer ceux de Samt et de Huguenin qui n'y croient guère, de même en physiologie la doctrine des localisations, soutenue avec conviction par Fritsch, Hitzig, Ferrier, Nothnagel [8], Broadbent, Carville et Duret [9], a trouvé des adversaires dans MM. Schiff [10] et Brown-Sequard [11],

[1] Fritsch und Hitzig, Ueber die elektrische Erregbarkeit des Grosshirns. *Reichert's und Duboys-Reymond's Archiv*, 1870.

[2] Ferrier, Experimental researches on cerebral physiology and pathology. *West widmy asylum med. rep.* 1873 (traduction par Duret dans le *Progrès médical*, 1875), et plusieurs autres mémoires dont les conclusions principales se trouvent dans : *The Functions of the Brain*, 1876.

[3] Hughlings Jackson, *Clinical and physiological Researches on the nervous system*, n° 1 : *On the localisation of movements in the Brain*. Londres 1875.

[4] Charcot, Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau. *Progrès médical*, 1876.

[5] Landouzy, *Contribution à l'étude des convulsions et des paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales*. Thèse de Paris, 1876.

[6] Pîtres, *Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux étudiées au point de vue des localisations cérébrales*. Thèse de doctorat, Paris, 1877.

[7] Bourdon, Recherches cliniques sur les centres moteurs des membres. *Bull. Ac. de médecine*, 23 octobre 1877.

[8] Nothnagel, Experimentelle Untersuchungen über die Functionen des Gehirns. *Virchow's Archiv.*, 1875.

[9] Carville et Duret, Sur les fonctions des hémisphères cérébraux, *Arch. de physiologie normale et pathologique*. Paris, 1875.

[10] Schiff, *Appendice à la deuxième édition dei Lezioni di fisologia sperimentale sul sistema nervoso encefalico*. Florence, 1873.

[11] Brown-Sequard, dans Dupuy, *Examen sur quelques points de la physiologie du cerveau*. Th. de doctorat, Paris, 1873.

deux expérimentateurs avec lesquels il faut grandement compter, même quand ils ont contre eux le nombre.

Les principales objections qui aient été adressées aux premiers consistent à dire que les mouvements résultent d'une diffusion des excitations électriques qui en propage l'action jusqu'aux noyaux gris centraux (Brown-Sequard, Dupuy) ; ou encore qu'ils ne sont que des mouvements réflexes d'un ordre spécial (Schiff). M. Vulpian, tout en admettant les faits, en conteste l'interprétation et concilie avec eux sa croyance dans l'homogénéité fonctionnelle de la substance corticale, en considérant les centres non comme des foyers primordiaux de motricité mis en jeu directement ou indirectement par la volonté, mais comme des foyers de concentration et des points de passage des excitations motrices, intermédiaires inévitables entre la substance corticale tout entière et les faisceaux conducteurs en relation avec les corps opto-striés.

Peu importe qu'en physiologie cette réserve soit fondée ou non [1], si M. Vulpian admet que ces foyers de concentration occupent un siége constant ; car il resterait vrai que les lésions qui atteignent l'encéphale à leur niveau doivent se révéler par des signes également constants.

D'autre part les expérimentateurs me paraissent avoir répondu victorieusement à l'objection basée sur la diffusion des courants électriques, en substituant à ce mode d'investigation et d'analyse la destruction de la substance cérébrale dans les points correspondant aux centres et en déterminant des paralysies au lieu de provoquer des mouvements. S'inspirant de la même pensée et se méfiant des cas où c'est l'excitation qui domine dans les phénomènes cérébraux, sachant bien, pour citer un exemple, que les lésions capables d'engendrer ces épilepsies partielles si bien étudiées jadis par Bravais [2], plus récemment par M. Landouzy, peuvent aussi provoquer des convulsions générales, les cliniciens sont d'accord aujourd'hui pour n'accorder d'importance réelle aux faits pathologiques qu'alors que les lésions sont de celles qui agissent par destruction.

C'est sans aucun doute la meilleure façon d'écarter une des causes d'erreur les plus démontrées, je veux parler de l'action à distance, que ce soit par compression ou par irritation qu'elle

[1] Vulpian, *Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux*. Paris, 1866.

Vulpian, *Excitabilité de l'écorce grise du cerveau*. Leçon recueillie par M. Bochefontaine. Paris, 1877.

[2] Bravais, *Recherches sur les symptômes et les traitement de l'épilepsie hémiplégique*. Thèse de doctorat, Paris, 1827.

s'exerce. C'est ainsi qu'ont procédé MM. Charcot et Pîtres [1], et c'est grâce à cette rigueur d'analyse que les faits collectés dans leur remarquable travail acquièrent dans le débat une immense importance.

Pour des raisons du même genre, je crois devoir placer les résultats de l'observation clinique et des autopsies avant ceux de l'expérimentation physiologique ; et ce n'est pas seulement parce que l'expérimentation ne peut porter que sur des cerveaux d'animaux, plus ou moins dissemblables à celui de l'homme, c'est aussi et surtout parce que la lésion destructive spontanée ne choisit pas sa place, tandis que l'expérimentation par destruction peut se tromper dans le choix de la sienne.

Les recherches des physiologistes n'en méritent pas moins

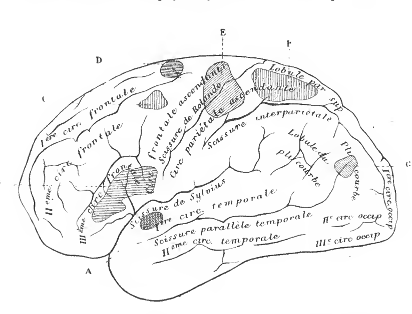


Fig. I. — Centres moteurs du singe transportés sur un cerveau humain (d'après Ferrier

A. — Mouvements des oreilles. — Audition.
B. — Mouvements des mâchoires, des lèvres et de la langue.
C. — Mouvements de la face et des paupières.
D. — Rotation de la tête et du cou.
E. — Mouvements du bras.
F. — Mouvements de la jambe.
G. — Mouvements des yeux.

[1] Charcot et Pîtres, Contribution à l'étude des localisations dans l'écorce des hémisphères du cerveau. Observations relatives aux paralysies et aux convulsions d'origine corticale. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie.* Paris, 1877.

d'être prises en très-sérieuse considération comme celles des cliniciens.

Examinons si les résultats proclamés par les uns et les autres concordent rigoureusement.

D'après Hitzig [1] dont les expériences faites sur un seul singe ne peuvent avoir qu'une valeur très-relative, la circonvolution pariétale ascendante ne serait pas excitable ; tous les centres seraient échelonnés sur la frontale ascendante dans l'ordre suivant, de bas en haut : centre des mouvements des lèvres et de la langue, centre des mouvements de la face, centre des mouvements du bras, centre des mouvements de la jambe.

Les résultats des recherches de Ferrier dans lesquelles ce physiologiste a porté un soin et une rigueur extrêmes, doivent avoir a nos yeux bien autrement de prix. Il place le centre des mouvements des mâchoires, des lèvres et de la langue sur la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale, celui des mouvements de la face et des paupières sur le pied (ou partie postérieure) de la deuxième circonvolution frontale, celui des mouvements du bras en partie sur le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante, en partie sur les deux tiers supérieurs de la pariétale ascendante, avec celui du membre inférieur. Il y aurait, en outre, des centres sur le pied de la première circonvolution frontale pour les mouvements de rotation de la tête et du cou, sur le pli courbe pour ceux des globes oculaires, et sur la partie antérieure de la première circonvolution temporale pour les mouvements de l'oreille et l'audition.

Le cerveau des primates étant celui qui se rapproche le plus par sa conformation de celui de l'homme, il me paraît superflu de préciser la place assignée aux centres sur le cerveau des animaux moins élevés dans l'échelle. En revanche il n'est pas inutile de rappeler que dans ses expériences Ferrier a poussé la rigueur assez loin pour pouvoir mettre en jeu à volonté certains groupes de muscles et produire les mouvements correspondant à l'action de ces groupes, tels que la pronation, la supination, l'abduction, l'adduction.

L'expérimentation sur l'homme n'est représentée que par un seul exemple qu'on ne peut donner comme bon à suivre. Un chirurgien Américain, Bartolow [2], profitant de ce que chez un malade un vaste cancroïde avait partiellement détruit l'os pariétal, introduisit des aiguilles à travers la dure-mère dans les couches corti-

[1] Hitzig, *Untersuchungen über das Gehirn*. Berlin, 1874.

[2] Bartolow, Experimental investigation into the functions of the human brain, in the *American journal of the med. science*. Avril 1874.

cales du cerveau et fit passer un courant. Des contractions eurent lieu dans plusieurs groupes de muscles du côté opposé ; mais la force du courant ayant été augmentée, survint une attaque d'épilepsie suivie de coma. Trois jours après le malade mourut.

Je partage sans peine, pour mon compte, la préférence que les observateurs ont généralement donnée, comme moyen d'investigation, aux examens cadavériques rapprochés des symptômes cliniques. Malheureusement il ne règne pas entre les auteurs un accord complet et l'on est obligé de se contenter, au moins sur certains points, d'une approximation plus ou moins éloignée. Par exemple, les propositions émises par Hughlings Jackson, un de ceux qui ont porté le plus de ténacité dans leurs recherches, n'ont pas été pleinement confirmées par celles qui résultent des travaux de M. Charcot [1], avec ou sans la collaboration de M. Pîtres. En dernier lieu, lorsque M. Bourdon portait à la tribune de l'Académie de médecine les conclusions de son intéressant travail, il montrait que l'interprétation des mêmes faits ou de faits très-semblables peut varier suivant la façon dont ils sont analysés ou compris.

Et cependant, malgré ce désaccord réel, on ne peut méconnaître que les travaux inspirés par l'observation clinique aient déjà donné à la question une véritable portée pratique.

D'abord l'existence du centre du langage articulé ne peut plus être niée par personne aujourd'hui. On a bien cité quelque cas où l'aphasie paraissait dépendre d'une lésion de l'insula; mais ces faits sont si peu nombreux et si peu démonstratifs qu'ils sont incapables d'enlever de leur valeur aux observations aujourd'hui innombrables de lésions des deux tiers postérieurs de la troisième circonvolution frontale gauche accompagnées de troubles du langage.

On sait en outre [2], et M. Broca lui-même le reconnaît [3], que ces troubles résultent quelquefois d'altérations siégeant dans la troisième circonvolution frontale droite et que par conséquent le point homologue de l'hémisphère gauche ne préside pas, à l'exclusion absolue de l'hémisphère droit, à la fonction du langage. Mais quelque désir qu'on ait de faire la part égale aux deux moitiés du cer-

[1] Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1873, et *Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau*. Paris, 1876.

[2] Lépine, *De la localisation dans les maladies cérébrales*. Thèse d'agrégation, Paris, 1875, p. 17.

[3] Broca, De la différence fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux. Rapport sur un mémoire de M. Armand de Fleury, *Bull. de l'Ac. de médecine*, 15 mai 1877.

veau, on est obligé de considérer ces faits comme représentant une infime minorité.

Et d'ailleurs, cette prédominance fonctionnelle de l'hémisphère gauche peut s'expliquer de diverses façons. Elle s'explique anatomiquement, car Gratiolet [1] a remarqué que les circonvolutions de ce côté étaient en général plus compliquées que celles du côté droit, Boyd [2] a cru constater que la moitié gauche du cerveau pesait un tiers d'once en moyenne de plus que la moitié droite. M. Broca, sans confirmer les résultats avancés par Boyd, a trouvé pour les lobes frontaux une différence de 4 grammes en faveur du lobe gauche. J'ajouterai que la moitié gauche du cerveau paraît se développer un peu avant la droite, que chez l'enfant comme chez l'adulte, elle est dotée d'une circulation plus riche, en rapport avec le calibre plus considérable de la carotide primitive gauche, particularité anatomique sur laquelle les mensurations de MM. Armand de Fleury et Ogle [3] ne laissent plus peser de doute.

M. Broca qui l'accepte comme démontrée en tire cette conséquence qu'au moment où l'enfant commence à parler, le cerveau présente déjà un certain degré de dyssymétrie anatomique et physiologique, et que l'hémisphère gauche, mieux préparé aux efforts qu'exige une fonction aussi compliquée que celle de la parole, s'en empare, pour ainsi dire, au détriment de l'hémisphère droit. L'exercice quotidien et l'habitude ne feraient que confirmer cette sorte d'usurpation.

Il est intéressant, Messieurs, que cette dyssymétrie n'ait été encore reconnue que dans la fonction qui met une barrière entre l'homme et les autres animaux. Bien moins accentuée est celle qui fait les gauchers et les droitiers. Ici ce n'est plus qu'une question de degré, là c'est l'exclusion presque absolue d'un hémisphère qui semblerait *a priori* devoir partager toutes les attributions de l'autre.

L'intérêt de cette importante découverte va plus loin encore. N'est-il pas logique de se demander si cette dyssymétrie qui commence au langage n'atteint pas des fonctions d'un ordre encore plus élevé? Peut-être, en tout cas, est-il permis de ne pas rejeter systématiquement cette hypothèse, dans la prévision qu'un jour les localisateurs porteront avec succès l'analyse jusque sur le terrain des facultés intellectuelles.

[1] Leuret et Gratiolet, *Anatomie comparée du système nerveux*. Paris 1857, t. II, p. 241.

[2] Boyd, Table of the weights of the human body and internal organs. *Philosophic Transactions*. London 1861, vol. CLI, part. I, p. 261.

[3] W. Ogle, *Saint-George's Hospital Reports*, vol. II, p. 121. Londres, 1867.

D'après ce qui a été dit plus haut, M. Ferrier place le centre des mouvements de la moitié inférieure de la face du côté opposé sur

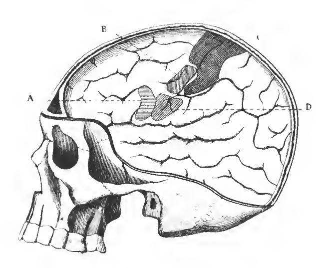


Fig. II. — Centres moteurs chez l'homme (d'après MM. Charcot et Pitres).
A. — Centre du langage articulé (Broca).
B. — Centre moteur du bras.
C. — Centre commun au bras et à la jambe.
D. — Mouvements de la face (moitié inférieure).

la partie postérieure de la deuxième circonvolution frontale. MM. Charcot et Pîtres pensent que chez l'homme ce centre, bien que difficile à préciser rigoureusement, doit être très-voisin de celui qui préside aux mouvements isolés du membre supérieur, lequel, d'après les mêmes auteurs, occuperait le tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante. La monoplégie brachiale coïncide, en effet, souvent avec l'hémiplégie faciale, tandis qu'on n'a *jamais* vu la face et la jambe paralysées, sans que le bras du même côté le fût en même temps.

Cette remarque met déjà en relief l'importance des groupements de symptômes sur lesquels M. Charcot a beaucoup insisté et que M. Lucas-Championnière a eu raison de faire valoir à son tour [1].

Le centre des mouvements des membres supérieur et inférieur, occuperait, suivant MM. Charcot et Pîtres, une zone assez étendue

[1] Voir Ch. Paris, *Indications de la trépanation des os du crâne au point de vue de la localisation cérébrale*. Thèse de Doctorat. Paris, 1876.

Just Lucas-Championnière, Des localisations cérébrales. Rôle qu'elles peu-

représentée par les deux tiers supérieurs de la frontale ascendante et de la pariétale ascendante. Une partie de cette zone, le tiers moyen de la frontale ascendante, serait affectée aux mouvements isolés du membre supérieur, tandis que tout le reste de cette région cérébrale présiderait aux mouvements simultanés des deux membres, sans qu'on puisse déterminer par la clinique un centre moteur spécial pour le membre inférieur.

Le lobule ovalaire ou paracentral, situé sur la face interne de l'hémisphère, entre la terminaison du sillon de Rolando et la scissure fronto-pariétale, participerait à ces attributions.

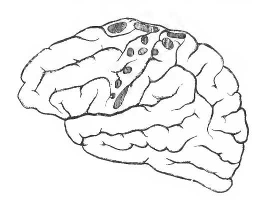


Fig. III. — Siége des lésions dans plusieurs observations de monoplégie brachiale (d'après M. Bourdon).

Le travail fort intéressant de M. Bourdon conclut un peu différemment. Dans les observations de monoplégie brachiale qui y figurent, les lésions ont été trouvées sur tous les points de la frontale ascendante; néanmoins l'auteur admet que leur siége est plutôt dans la partie moyenne ou inférieure de cette circonvolution, lorsque à la monoplégie brachiale se joint la paralysie faciale. On a vu que les expériences sur le singe permettent de penser que chez cet animal le centre moteur du membre supérieur occupe le tiers supérieur de la frontale ascendante. MM. Carville et Duret lui attribuent une place semblable dans la région correspondante du cerveau chez le chien et le chat, et croient qu'il doit en être de même chez l'homme.

vent jouer dans le diagnostic et le traitement des maladies cérébrales. Trépan. *Journ. de Méd. et de Chir. pratique*, octobre 1876.

Id., Des indications tirées des localisations cérébrales pour la trépanation du crâne. *Mém. lu à l'Ac. de médecine*, le 9 janvier 1877.

Id., La trépanation guidée par les localisations cérébrales. *Journ. de Méd. et de Chir. pratique*, février 1877, p. 56.

Il est bon de rappeler de suite que M. Bourdon a relevé des cas d'hémiplégie par lésions du tiers supérieur de la frontale ascendante et des deux tiers supérieurs de la pariétale ascendante; or c'est justement dans cette zone que MM. Charcot et Pîtres ont placé le centre des mouvements simultanés du bras et de la jambe. Il est donc possible qu'il se produise, par lésion du tiers supérieur de la frontale ascendante, ou une hémiplégie, ou seulement une monoplégie brachiale; mais d'après les relevés de MM. Charcot et Pîtres qui portent sur un nombre de cas plus considérable que ceux de M. Bourdon, les troubles paralytiques du bras seuls devront se rattacher bien plus souvent à des altérations du tiers moyen de la frontale ascendante.

Dans l'impossibilité de prouver par la clinique l'existence d'un centre isolé pour le membre inférieur, MM. Charcot et Pîtres ont préféré rester dans le doute à cet égard. M. Bourdon a cherché à tirer parti de trois cas d'atrophie de certaines circonvolutions consécutive à d'anciennes amputations, et d'un cas d'arrêt de développement du membre inférieur chez un enfant.

L'atrophie occupait la partie supérieure de la frontale ascendante, le pied de la première frontale, la deuxième circonvolution frontale. Ces faits sont contradictoires aux conclusions de MM. Ferrier, Carville et Duret qui reportent ce centre en arrière du sillon de Rolando, sur le lobule pariétal supérieur.

Quant au centre du mouvement de rotation de la tête et du cou, placé par M. Ferrier sur le pied de la première frontale, quant à celui des mouvements des paupières et des yeux qui occuperait le pli courbe (Ferrier, Carville et Duret), malgré l'observation de tic non douloureux des paupières et des yeux à la suite d'un choc sur la bosse pariétale, que M. Féré a fait figurer dans son travail, MM. Charcot et Pîtres, s'appuyant sur des observations négatives d'une valeur irrécusable, les considèrent comme mal déterminés jusqu'à ce jour.

Ainsi que vous le voyez, Messieurs, il y a dans les conclusions des physiologistes comparées à celles des cliniciens, et dans celles des cliniciens comparées entre elles, des dissidences importantes; mais les unes et les autres consignent des résultats dont il est difficile de nier la portée.

Par exemple, on sait que les centres les mieux connus sont tous groupés de chaque côté du sillon de Rolando et qu'ils se succèdent de bas en haut dans l'ordre suivant :

Centre moteur des lèvres et de la langue; centre du langage articulé ;

Centre moteur de la moitié inférieure de la face ;

Centre moteur du bras ;

Centre commun au bras et à la jambe.

Sans aller jusqu'à la sécurité absolue qu'inspire à M. Lucas-Championnière ce groupement assez régulier et de quelque constance, je pense qu'on y peut puiser une certaine confiance, à condition de pouvoir se contenter pour la trépanation d'une demi-précision. Il ne faut pas oublier que le champ opératoire découvert par une couronne de trépan offre une étendue assez considérable, et que même si la lésion était trouvée tout à fait à la limite de ce champ, l'opération aurait encore atteint son but. Si j'ajoute de suite que je ne verrais pas grand inconvénient à appliquer, non pas sept ou huit couronnes, mais deux ou trois au lieu d'une, je ne ferai que répéter ce qu'on trouve dans tous les auteurs, même chez les partisans les plus timides de la trépanation.

C'est dans ces cas que l'on pourra tirer parti des groupements de symptômes. Par exemple, si chez un sujet atteint en même temps de troubles du côté du bras et de la face la trépanation faite en regard du centre moteur du bras ne découvrait pas d'altération de ce centre, c'est plus bas et plus en avant qu'il faudrait faire une nouvelle application de l'instrument.

Il y a donc en définitive plusieurs centres qu'on peut légitimement avoir la prétention d'atteindre à peu près à coup sûr, ce sont ceux du langage articulé, des mouvements de la face et du bras ; mais en ce qui touche celui du bras et de la jambe agissant de conserve, je fais dès à présent les plus grandes réserves et je les justifierai plus tard.

Sans laisser dans l'oubli les doutes que M. Bourdon a cru devoir formuler relativement aux conclusions de MM. Charcot et Pîtres, je crois bon de faire figurer ces dernières à la fin de cette étude critique sous une forme d'ailleurs très-résumée :

1° La zone motrice corticale comprend le lobule paracentral, la circonvolution frontale ascendante, la circonvolution pariétale ascendante et peut-être aussi les pieds des circonvolutions frontales.

2° L'étude des paralysies et des convulsions d'origine corticale démontre que les centres moteurs corticaux pour les deux membres du côté opposé sont situés dans le lobule paracentral et dans les *deux tiers supérieurs* des circonvolutions ascendantes, et que les centres pour les mouvements de la partie inférieure de la face sont placés dans le tiers inférieur des circonvolutions ascendantes au voisinage de la scissure de Sylvius.

3° Il est très-probable que le centre pour les mouvements isolés du membre supérieur siége dans le *tiers moyen* de la circonvolution *frontale ascendante* du côté opposé.

Je ne terminerai pas ce chapitre de mon travail sans signaler particulièrement à votre attention une cause d'erreur, dont j'ai

déjà dit quelques mots et qui peut être pour une certaine part dans le désaccord des cliniciens. Cette cause d'erreur, c'est la propagation d'un processus morbide d'un centre à un autre, ou d'un point neutre de la substance corticale à un centre moteur. On a vu que c'est par cette propagation que j'ai expliqué chez l'opéré de M. Terrillon les symptômes aphasie et paralysie faciale qui ne pouvaient dépendre d'une lésion de la pariétale ascendante en son milieu.

Mais cette propagation ressort bien plus nettement encore de l'observation de M. Bourdon, présentée par lui en tête de son travail.

Un homme meurt après avoir présenté pendant la vie, entre autres symptômes, de l'aphasie et une paralysie de l'avant-bras et de la main à droite. A l'autopsie on trouve une plaque jaune de ramollissement sur la partie moyenne du lobe occipital droit et un petit foyer hémorrhagique de 3 millimètres à la partie supérieure de la frontale ascendante gauche. Il n'y a rien d'anormal dans la troisième circonvolution frontale gauche.

Si l'on ne savait pertinemment que les lésions destructives corticales des lobes occipitaux ne donnent jamais lieu à des paralysies du côté des membres et que l'aphasie se rattache à peu près toujours à des altérations du centre du langage tel que nous le connaissons, M. Bourdon n'aurait pas tout simplement attribué l'aphasie temporaire à une poussée congestive, et il aurait pu rattacher et l'aphasie et la paralysie de l'avant-bras à la lésion du lobe occipital.

Pour bien interpréter ce fait, il a fallu tirer parti des notions acquises sur certains points depuis un petit nombre d'années, et loin de se laisser abuser par des apparences trompeuses, M. Bourdon a su les faire contribuer à la juste interprétation du fait.

La propagation d'un processus morbide d'un point neutre, non excitable, de l'écorce à un centre moteur, peut également tromper en faisant croire que le centre seul est atteint d'une lésion, tandis qu'une vaste région de l'organe voisin de ce centre en est le siége primitif. Supposez un abcès occupant une grande partie du lobe frontal; il peut parcourir son évolution sans déterminer aucun trouble de la motricité, jusqu'à ce que l'inflammation ou une simple poussée congestive portant le mal au delà de ses limites primitives, rende le malade aphasique ou le prive des mouvements d'une moitié de la face.

On pourra donc croire à une lésion limitée alors que les altérations seront en réalité fort étendues ; il y a là, ce me semble, de quoi faire réfléchir les partisans trop ardents de la trépanation entraînés par une confiance aveugle dans les localisations.

En effet, autre chose est de penser que la physiologie pathologique de la question a fait dans ces dernières années de réels progrès, et de transporter ces progrès dans la pratique. C'est encore aujourd'hui un problème très-ardu à résoudre, et je ne croirai y être à peu près parvenu qu'après avoir établi que la trépanation n'est pas une opération à rejeter hors du cadre des opérations utiles ; que par suite des progrès accomplis dans le diagnostic des affections cérébrales, ses indications et contre-indications sont peut-être un peu moins difficiles à poser ; qu'enfin la topographie crânio-cérébrale tient à la disposition des chirurgiens des données assez précises pour qu'on puisse atteindre certains centres moteurs avec une précision suffisante.

Ces trois points seront développés dans les chapitres suivants.

IV.

Ne craignez pas, Messieurs, que je reprenne dans son entier la question dont les circonstances m'ont amené à vous entretenir. N'étant ni un partisan très-chaud, ni un adversaire systématique de la trépanation, je ne puis avoir d'autre but que de m'éclairer moi-même, en soumettant à quelques remarques critiques les notions ayant cours aujourd'hui relativement aux complications des traumatismes du crâne.

Il suffit de se reporter à la discussion qui eut lieu ici même en 1867 [1], pour être frappé du vague qui pesait encore à cette époque sur cette grave question. Il en est sorti pourtant un certain nombre de conclusions précises qui sont restées, il est vrai, à peu près complétement à l'état théorique ; car les trépanations postérieures à cette discussion sont représentées, au moins en France, par un chiffre insignifiant.

Il y a d'excellents préceptes à puiser dans tout ce qui a été dit alors par MM. Broca, Deguise, Verneuil, Perrin, Trélat, Giraldès et Legouest ; mais un seul de tous les membres de la Société a cherché à résoudre la question par la statistique, ce fut M. Le Fort.

Ce serait abuser de votre temps que de reproduire ici même un extrait du travail fort intéressant où M. Le Fort a développé ses opinions. Je n'en copierai que les conclusions générales :

« Dans le cas de coma, la règle est d'attendre.

« Dans le cas de convulsions le principe est de n'opérer jamais ou presque jamais.

« Dans l'hémiplégie simple ou compliquée de convulsions par-

[1] Discussion sur le trépan, *Bull. de la Soc. de chirurgie de Paris*, 1867, 2e série, t. VIII, p. 70, 82, 89, 115, 137, 145, 150, 166.

tielles, l'indication est d'intervenir toujours ou presque toujours, et d'intervenir de bonne heure.

« Dans le cas d'accidents tardifs, il faut intervenir si à l'hémiplégie se joignent des signes de fracture avec dénudation du crâne; et si à la suite du trépan on ne trouve pas d'épanchement, il ne faut pas craindre de porter le bistouri dans les couches extérieures du cerveau, présumées être le siége de l'abcès.

« J'ajouterai enfin : dans tous les cas où le doute existe, il faut agir. »

Certes, tout le monde n'approuvera pas les conclusions de M. Le Fort, et particulièrement la dernière, bien que M. Legouëst lui ait accordé l'appui de son autorité; mais il importe de rappeler que M. Le Fort les a déduites d'un nombre déjà respectable de faits. Par exemple, la trépanation, pratiquée pendant le coma, a donné une mortalité de 75 0/0, pendant les convulsions générales de 94 0/0, et de 36 0/0 après l'hémiplégie.

Les 15 trépanations faites à Paris, de 1835 à 1841, ont été toutes suivies de mort.

En revanche, sur les 107 qui figurent dans les relevés de la guerre de Sécession il y eut 44 0/0 de guérison.

Le relevé des trépanations pratiquées en Angleterre de 1857 à 1866, donne 134 cas dont 58 suivis de guérison ; soit encore 44 0/0 de guérison.

Enfin, M. Le Fort fait remarquer avec raison, que sur 33 trépanations chez des sujets exempts de graves complications cérébrales, il n'y eut que 9 morts ; d'où il résulterait que, dans les cas relativement simples, et à supposer que la mort dût toujours être mise sur le compte de l'opération, celle-ci ne la causerait que dans 20 0/0 des cas. Mais quel chirurgien oserait dire que la guérison des fractures du crâne est certaine, du moment qu'elles ne sont pas compliquées, dès le début, d'accidents cérébraux graves ? D'ailleurs, la mortalité de 68 0/0 fournie par les 57 observations de fractures abandonnées aux efforts de la nature que M. Le Fort a pu réunir est sensiblement supérieure à celle des trépanations envisagées en masse et *sans distinction des cas* (56 0/0).

Sans doute toutes les statistiques sont attaquables ; sans doute le scepticisme et l'incrédulité sont des obstacles difficiles à renverser. Mais comme je ne vois pas devant moi une seule expérience chirurgicale capable à elle seule de trancher cette énorme difficulté des indications ou contre-indications du trépan, comme mon expérience personnelle est à peu près nulle sur ce point, je me sens fort disposé à faire bon accueil à des conclusions dont les bases sont représentées par un essai de statistique sérieuse; mais je tiens à établir dès à présent que mes idées ne sont pas tout à fait

aussi arrêtées que l'étaient celles de M. Le Fort il y a dix ans.

Je ne puis passer sous silence le remarquable mémoire que M. Larrey a lu devant la Société de chirurgie, en 1868, mémoire riche de faits auxquels on ne peut guère adresser que le reproche d'être puisés à peu près exclusivement dans la chirurgie militaire [1]. Or, M. Larrey, tout en recommandant une grande réserve dans l'emploi de l'opération, la croit utile « si les accidents, bien localisés ou circonscrits, persistent, et si les autres ressources restent impuissantes pour y remédier. »

Ces deux ordres d'indications peuvent se présenter dans les cas suivants :

« 1° Dans les fractures de la voûte du crâne, soit par perforation plus ou moins profonde, soit avec enfoncement des fragments, lorsque la déchirure de la dure-mère ou la lésion du cerveau provoque des accidents graves et continus, sans que les tentatives de redressement par des moyens appropriés, mais différents de la trépanation, soient possibles ou efficaces ;

« 2° Dans les fractures compliquées d'enclavement des corps étrangers ou des projectiles dans l'épaisseur du crâne, ou de pénétration dans les couches superficielles du cerveau, avec persistance des accidents symptomatiques, si l'extraction de ces corps étrangers ne peut être faite autrement.

« 3° Dans diverses lésions mécaniques de la tête compliquées d'accidents cérébraux graves, persistants, tels que contusion et compression du cerveau, ou bien hémiplégie prolongée, avec épanchement de sang ou de pus présumé circonscrit, pourvu encore une fois que la lésion locale soit précise, et pourvu surtout, je le répète, que l'essai d'une thérapeutique active reste insuffisant. J'insiste beaucoup sur cette dernière considération.

« Il y a contre-indication de trépaner, d'une part dans les lésions promptement ou fatalement mortelles ; d'autre part, dans toutes les lésions présumées curables par d'autres moyens :

« 1° Lorsqu'un corps étranger, ayant pénétré dans le crâne, se serait perdu vers les parties profondes du cerveau où il deviendrait inaccessible aux instruments ;

« 2° Si du sang ou du pus épanché dans le crâne ne semble pas former un foyer en rapport avec l'ouverture osseuse ;

« 3° Dans toute fracture, quelle que soit son étendue, qui ne serait compliquée ni de l'enfoncement fixe des fragments, ni de phénomènes prolongés de compression ou de paralysie ;

[1] H. Larrey, Étude sur la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques de la tête. *Mém. de la Soc. de chirurgie de Paris*, t. VII, p. 49.

« 4° Dans l'état de commotion cérébrale ou de coma plus ou moins profond, avec ou sans lésion localisée ;

« 5° Dans les convulsions indéterminées ou épileptiformes non persistantes et susceptibles de guérison ;

« 6° Dans l'inflammation diffuse du cerveau et des méninges, plus ou moins appréciables. »

L'application de ces conclusions si nettes, si précises, serait aisée si le diagnostic des complications des fractures du crâne n'était pas de son côté aussi difficile. C'est là que sera longtemps encore la véritable pierre d'achoppement, contre laquelle viendront toujours se heurter les partisans les plus déclarés du trépan.

M. Duplay [1], dans un excellent article de son ouvrage de pathologie chirurgicale, a essayé de mettre un peu d'ordre dans l'exposé généralement assez confus des signes pouvant aider à différencier ces complications les unes des autres; mais à l'époque où a été écrit cet article, il n'avait encore été question que du centre du langage articulé, et les recherches physiologiques qui ont amené à la connaissance plus parfaite de la constitution des corps opto-striés, du centre ovale et des couches corticales, n'avaient encore été qu'ébauchées. Or, ces recherches, ainsi que celles qui se sont proposé comme but la détermination des centres, peuvent fort bien, après avoir projeté quelque lumière sur la pathologie purement médicale du cerveau, être utilisées au profit de la chirurgie. Ceci me paraît d'autant plus exact, que c'est principalement dans l'étude des lésions corticales que les plus grands progrès ont été accomplis, et que, d'autre part, c'est justement sur les couches superficielles de l'encéphale que les traumatismes exercent le plus souvent leur action.

Les symptômes des complications cérébrales peuvent être divisés en deux classes principales :

1° Les symptômes d'ordre dépressif ;

2° Les symptômes d'ordre irritatif.

Dans la première classe, je place le coma, le stertor, les paralysies du mouvement ou du sentiment ; dans la seconde l'agitation, le délire, la contracture, les convulsions générales ou partielles.

Symptômes d'ordre dépressif. — La perte de connaissance, le coma, le stertor, la résolution musculaire générale impliquent une action sur le cerveau tout entier ou une grande partie de l'organe; c'est ainsi qu'on les rattache généralement à la commotion cérébrale, ou à la compression par des épanchements de sang, par des collections purulentes et par des tumeurs volumineuses.

En ce qui concerne la commotion, qui symptomatiquement existe

[1] S. Duplay, *Traité de pathologie externe*, t. III, p. 487.

bien à l'état de complication tout à fait indépendante de la contusion ou des épanchements, il résultera peut-être des expériences que poursuit actuellement M. Duret[1], que le cerveau proprement dit n'y est pour rien et que l'isthme, et particulièrement le bulbe, sont le véritable siége des désordres que nous ne connaissons encore bien que par leur expression extérieure et que M. Duret attribue à l'action brusque du liquide céphalo-rachidien refoulé vers le quatrième ventricule par les chocs extérieurs.

Quant aux épanchements de pus ou de sang, ils peuvent, sans être diffus, sans occuper les étages de la base du crâne, déterminer le coma avec ou sans stertor; mais le plus généralement peut-être, c'est aux épanchements capables d'exercer une compression sur l'isthme de l'encéphale que ces symptômes doivent être attribués.

Les paralysies sont des hémiplégies ou des monoplégies; elles portent sur le mouvement ou la sensibilité seule, ou sur l'un et l'autre à la fois.

La paralysie faciale participe ou non aux hémiplégies : elle peut être totale ou partielle, c'est-à-dire qu'elle peut occuper tous les muscles innervés par le facial ou seulement les muscles de la moitié inférieure de la face, d'où sont exclus par conséquent l'orbiculaire des paupières, le sourcilier et le frontal. Or, on sait aujourd'hui que les hémiplégies du facial inférieur sont d'origine cérébrale, tandis que des lésions occupant l'isthme donnent lieu à des paralysies totales, qu'il s'agisse de lésions destructives ou de troubles fonctionnels par compression.

Si de plus on se rappelle que les hémiplégies alternes se rattachent à des altérations de l'isthme (Gubler), on pourra tirer de cette particularité un élément de certitude pour le diagnostic. Néanmoins, comme la paralysie faciale peut être due à une fracture du rocher du même côté, l'hémiplégie alterne doit parfois être interprétée un peu autrement que plus haut. Elle pourrait alors tenir à une contusion ou à un épanchement d'un côté du cerveau et à une fracture du temporal du même côté; mais alors la paralysie faciale serait totale et les muscles deviendraient bientôt insensibles à la faradisation.

Il est bien entendu que dans ce moment il n'est question que des paralysies survenant dans les premières heures.

Les recherches récentes sur la constitution intime du centre ovale et du corps opto-strié, que l'on trouve parfaitement résumées dans l'excellente thèse de M. Pitres, ont fait connaître le moyen de distinguer les hémiplégies d'origine corticale, par lé-

[1] H. Duret, *Bull. de la Soc. de biologie* et *Gaz. médicale de Paris*, 1877.

sions superficielles du cerveau, de celles qui sont dues à des lésions occupant ou le corps opto-strié, ou la substance blanche interposée entre lui et les couches corticales et désignée sous le nom de centre ovale.

En effet, entre le noyau gris interne du corps opto-strié connu sous le nom de noyau caudé, et le noyau gris externe qui porte celui de noyau lenticulaire, se voit sur les coupes une zone allongée, de substance blanche, dont l'expansion dans l'hémisphère devient la couronne rayonnante de Reil. Or, d'après les recherches de Meynert, dont M. Pîtres accepte les résultats comme les plus exacts, les deux tiers antérieurs de cette zone blanche appelée par Burdach capsule interne, seraient traversés par des fibres nerveuses indépendantes de la substance grise du corps strié et émanant directement de la zone motrice corticale ; ces fibres se prolongeraient par en bas jusque dans les pédoncules cérébraux et arriveraient à l'isthme sans se mettre en rapport avec un groupe quelconque de cellules.

L'origine et le trajet de ce faisceau pédonculaire direct seraient démontrés, suivant M. Charcot, par les dégénérations secondaires qui, parties de lésions de la zone corticale, atteindraient la capsule interne, les pédoncules cérébraux et l'isthme.

Ce qu'il y a de très-important à connaître, c'est que ces fibres motrices ne sont nullement entremêlées de fibres sensitives ; d'où il résulte que les paralysies dues à des lésions de la zone dite motrice portent exclusivement sur le mouvement.

D'autre part, dans le tiers postérieur de la capsule interne passe un second faisceau pédonculaire direct, également indépendant de tout noyau de substance grise intermédiaire au pédoncule cérébral et à la couche corticale du cerveau; ce faisceau est composé exclusivement de fibres sensitives émanant de la surface des circonvolutions latérales et postérieures, d'une région de ces circonvolutions qui n'est pas déterminée d'une manière précise et qui ne semble même pas très-constante [1].

Comme le faisceau pédonculaire direct postérieur est très-voisin du faisceau antérieur et que le point de passage des deux faisceaux est très-restreint, les lésions du corps opto-strié et du centre ovale donnent lieu presque toujours à des paralysies simultanées du mouvement et de la sensibilité, tandis que les lésions de la zone motrice corticale respectent la sensibilité.

Pour qu'une lésion corticale déterminât en même temps la

[1] Veyssière, *Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémianesthésie de cause cérébrale.* Th. de doctorat, Paris, 1874.

perte du mouvement et l'anesthésie, il faudrait qu'elle fût très-étendue et qu'elle comprît dans ses limites non-seulement la zone motrice, mais encore la partie postéro-latérale de l'hémisphère, d'où émane sans doute le faisceau pédonculaire sensitif.

Comme les épanchements sanguins capables de produire des accidents graves exercent généralement leur action compressive sur une large surface du cerveau, il est possible que les hémiplégies qui en sont la suite soient toujours compliquées d'anesthésie, bien qu'étant d'origine corticale; tandis qu'il y a bien plus de chances pour que la contusion cérébrale, qui occupe généralement une étendue beaucoup plus restreinte, respecte absolument la zone d'où émanent les fibres sensitives, alors qu'elle a détruit ou endommagé la zone des centres moteurs.

Si d'autre part on remarque que les épanchements sanguins ne compriment pas seulement les couches corticales, mais agissent certainement à distance sur la partie centrale des hémisphères et même sur la base de l'encéphale, on sera peut-être fort disposé à considérer l'absence d'anesthésie comme un signe différentie entre la contusion et les épanchements sanguins extra-cérébraux siégeant, ainsi qu'il arrive le plus souvent, entre la dure-mère et le crâne.

Bien que je ne connaisse aucun fait capable d'appuyer cette manière de voir, je crois devoir insister auprès des membres de la Société pour qu'ils ne laissent pas échapper les occasions d'en faire la vérification.

De l'existence du faisceau pédonculaire sensitif résulte encore une conséquence pratique qui a été mise en lumière par MM. Türck et Charcot, c'est que l'hémianesthésie peut exister indépendamment de toute paralysie du mouvement et devenir alors, souvent mais non toujours, l'expression de lésions purement corticales.

Jusqu'ici il n'a été question que de l'hémiplégie portant sur les membres seulement ou sur la face en même temps que sur les membres. Des monoplégies atteignant un membre, la face, ou les organes du langage articulé s'observent aussi dans bon nombre de cas, soit isolées, soit groupées. On connaît déjà l'importance de certaines associations, telles que l'aphasie et la monoplégie faciale, l'hémiplégie faciale et la monoplégie brachiale. L'hémiplégie du facial inférieur a si peu de tendance à rester isolée que M. Landouzy, dans ses consciencieuses recherches sur les paralysies et convulsions liées à la méningo-encéphalite, n'a pu trouver un seul exemple de paralysie faciale non accompagnée de monoplégie brachiale et d'aphasie.

Ce serait, s'il en était besoin, une nouvelle preuve de la grande proximité des trois centres dont dépendent le langage articulé, les

mouvements de la face et du bras; de même que la très-grande rareté des monoplégies de la jambe implique la fusion, on pourrait dire *la conjonction des centres* du bras et de la jambe, au moins dans la zone intermédiaire à leurs points extrêmes.

Quoi qu'il en soit, ces paralysies limitées n'ont rien de commun avec les épanchements de sang étendus; elles sont toujours l'indice d'une compression également limitée, lorsqu'elles se montrent tout de suite ou peu de temps après l'accident.

Pour compléter ces considérations relatives aux conquêtes les plus récentes dont s'est enrichie la pathologie cérébrale, il me reste à ajouter que des lésions siégeant immédiatement au-dessous des couches grises corticales, peuvent donner lieu aux mêmes symptômes que les altérations de ces dernières; cette particularité a été mise en lumière par les expériences de MM. Putnam, Carville et Duret.

Symptômes d'ordre irritatif. — En procédant du général au particulier, j'aurai à envisager successivement l'agitation, le délire, les contractures, les convulsions générales et partielles.

L'agitation des premières heures ou des premiers jours, accompagnée de plaintes et de mouvements automatiques d'un des bras vers un point du crâne, est bien souvent l'indice d'une contusion cérébrale. J'ai fréquemment, pour mon compte, reconnu l'exactitude de ce signe sur lequel Dupuytren et surtout Samson ont attiré l'attention. Quant au délire, il se confond fort souvent dans les deux premiers jours avec l'agitation et se rattache à la même cause, à moins que l'alcoolisme ne vienne au bout de quelques heures en modifier la nature.

L'étude des contractures primitives a fait de grands pas depuis quelques années. Bien différentes par leurs causes et le moment de leur apparition de celles qui marquent l'invasion et l'évolution de l'encéphalite, elles dépendent de certaines lésions ou simplement de l'irritation de points multiples de l'encéphale, cerveau, pédoncule et protubérance. Leur valeur comme indice du siége des lésions en est amoindrie, mais la précocité de leur apparition suffit pour les séparer des contractures survenant au plus tôt entre le deuxième et le quatrième jours, en même temps que les autres symptômes de l'encéphalite.

Considérée par Boudet en 1839 comme signe des inondations sanguines ventriculaires et des hémorrhagies sous-méningées, la contracture primitive a aujourd'hui une portée plus vaste, et l'on sait à n'en pas douter que les lésions chirurgicales qui atteignent la zone motrice corticale ou les faisceaux fronto-pariétaux du centre ovale, peuvent en déterminer l'apparition, qu'il s'agisse de compression limitée ou de contusion.

Les convulsions générales ou partielles peuvent être, elles aussi, des phénomènes du début. Sans compter les observations cliniques anciennes où elles sont déjà rapportées, on peut citer bien des expériences de Hitzig, de Nothnagel, de Ferrier, de Eckardt, où l'on voit l'excitation de la zone motrice, ainsi que de la substance blanche sous-jacente, déterminer des convulsions épileptiformes. Ces convulsions sont partielles ; elles occupent la face, un ou plusieurs membres, la moitié du corps ou le corps entier. Plus elles étendent leur champ et plus elles perdent de leur signification. Limitées au contraire à la face ou à un membre, elles en acquièrent une grande et sortent de la classe des phénomènes réflexes d'origine indéterminée pour entrer dans celle des phénomènes à corrélation précise et constante, dont le point de départ peut être appris à l'observateur par la connaissance des localisations.

D'ailleurs les convulsions partielles ont une prédilection très-marquée pour la face et le membre inférieur; il est très-rare qu'elles occupent le membre supérieur. L'observation de M. Broca, qui a été le prélude de la discussion de 1867, en est un rare exemple. On y voit encore un fait qui se renouvelle fréquemment, c'est la généralisation des convulsions; après avoir débuté par un membre, elles ont gagné le corps entier après un certain temps.

J'ajoute que cette observation est un cas de convulsions tardives, et qu'à ce titre elle figurerait mieux parmi les faits dont j'aurai à m'occuper dans un instant.

Après les contractures et les convulsions, je dois une mention à la rotation de la tête et à la déviation conjuguée des yeux. Cette particularité à laquelle M. J.-L. Prévost, de Genève, a consacré jadis une très-intéressante étude [1], n'a pas encore acquis une véritable valeur séméiologique. Déjà en 1868, on savait que des lésions de siége très-différent peuvent y donner lieu, que celles du cerveau déterminent une déviation du côté malade, que celles de l'isthme peuvent produire une déviation dans le sens opposé, on savait déjà que des lésions superficielles du cerveau et des méninges en sont parfois la cause; mais en opposition avec les conclusions de M. Prévost, qui affirme que dans ces derniers cas la déviation a lieu du côté de la lésion, on peut citer plusieurs faits de déviation contraire relevés par MM. Brouardel et Landouzy.

Ce symptôme n'a donc pas encore acquis une réelle portée pratique.

A partir du troisième jour après l'accident, on peut se trouver en présence de symptômes persistants ou de symptômes nouveaux.

[1] J.-L. Prévost, *De la déviation conjuguée des yeux et de la rotation de la tête dans certains cas d'hémiplégie.* Th. de doctorat, Paris, 1868.

Ces derniers sont presque tous le fait de la méningo-encéphalite, complication redoutable dont on peut dire à juste titre : voilà l'ennemi !

Qu'elle se montre sous la forme franchement aiguë, qu'elle engendre, ainsi que je l'ai vu une fois cette année, une sorte de ramollissement à foyers multiples, accompagné d'hydrocéphalie subaiguë, ou que se localisant dans le point primitivement touché, elle aboutisse lentement, insidieusement à la suppuration, elle suit une marche clinique bien différente. Comme c'est principalement lorsque le mal se circonscrit à une région peu étendue et aboutit à la formation d'un abcès, que la trépanation peut trouver une heureuse application, c'est surtout alors qu'il faudrait pouvoir serrer de près le diagnostic.

Malheureusement, s'il est devenu assez facile d'affirmer parfois le siége d'une encéphalite limitée, il est resté tout aussi difficile de savoir si cette encéphalite est ou non suppurée.

La pièce que M. Tillaux [1] vous a montrée il y a une quinzaine de jours, était bien intéressante à ce point de vue, ainsi que l'observation elle-même. Il est manifeste que son malade a eu à plusieurs reprises des poussées d'encéphalite limitée, qu'on serait arrivé à coup sûr sur le foyer en trépanant sur la circonvolution du langage, bien que le foyer occupât principalement la portion du lobe frontal antérieure à ce centre. Les fausses membranes qui maintenaient des adhérences entre la dure-mère et le cerveau auraient sans doute empêché le développement d'une méningite diffuse. Mais est-ce un foyer de suppuration que M. Tillaux nous a montré? est-ce simplement un foyer d'encéphalite non suppurée? La présence d'une couche caséeuse entre la substance cérébrale saine et la dure-mère me fait pencher vers la première supposition. Aussi ne suis-je pas éloigné de penser qu'à un moment donné la trépanation eût été praticable avec succès; mais je me garderai bien de dire que si le sujet avait été trépané dès le début, il aurait guéri, ou même, que M. Tillaux aurait pu l'opérer lorsqu'il l'a eu dans son service. En émettant des assertions aussi hasardeuses, M. Lucas-Championnière me paraît avoir donné bien beau jeu aux adversaires du trépan; car trépaner au début, c'eût été trépaner en plein foyer de contusion cérébrale; trépaner alors que l'aphasie et la monoplégie brachiale avaient disparu, c'eût été obéir à des indications insuffisantes et risquer une grave méprise.

Je n'ai encore parlé des convulsions qu'à titre d'accidents du début; à titre de complication éloignée, tardive, elles méritent une attention spéciale.

[1] Tillaux, *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, décembre 1877.

Lorsqu'elles éclatent en même temps que les autres signes de la méningo-encéphalite aiguë, elles n'ont pas la même valeur au point de vue de la trépanation que lorsqu'elles restent à l'état de signe isolé. Alors elles impliquent ou une inflammation généralement limitée et chronique, ou une irritation mal définie, peut-être inflammatoire dans son essence, mais à un degré insignifiant relativement à l'altération anatomique. Ce qui prouve néanmoins que la substance cérébrale n'est pas dans ces cas exempte de toute lésion, c'est que la guérison après les trépanations heureuses demande toujours un certain temps variant entre quelques jours et plusieurs semaines.

L'observation de M. Terrillon, celle de M. Broca, que vous connaissez bien, celle de M. Lucas-Championnière en sont des exemples très-nets. Celui-ci nous montre encore, entre autres particularités curieuses, que les convulsions générales dès le début ne comportent pas toujours, ainsi que le pensait M. Le Fort, une contre-indication à l'intervention.

Je termine, Messieurs, ce long chapitre en résumant les considérations que je viens de vous exposer, et en y ajoutant le relevé des principaux cas où je pense que la trépanation peut être d'un secours efficace. Permettez-moi d'abord de préciser ceux où cette opération est ou n'est pas dangereuse.

Elle est dangereuse toutes les fois qu'elle établit une communication entre la cavité arachnoïdienne et l'air extérieur.

Elle n'est plus dangereuse lorsqu'une plaie extérieure, une fracture et une déchirure de la dure-mère ont établi à l'avance cette communication. Alors elle peut être inutile, mais je ne vois pas en quoi elle peut beaucoup aggraver la situation.

D'une manière générale elle peut être utile :

1° En permettant d'extraire des corps étrangers ou des esquilles enclavées dans la dure-mère et le cerveau;

2° En facilitant l'évacuation des collections sanguines situées entre la dure-mère et le crâne, collections dont l'influence peut être funeste soit par leur putréfaction, soit par la compression du cerveau;

3° En ouvrant une issue aux collections purulentes situées entre la dure-mère et le crâne ou dans les couches superficielles du cerveau.

Le trépan préventif ne trouve guère d'application, malgré les efforts récents de M. Sédillot [1], que dans les cas d'enfoncement

[1] Sédillot, De la trépanation préventive dans les fractures avec déplacement d'esquilles de la lame interne ou vitrée du crâne. *Compte rendu des séances de l'Académie des sciences*, 1876, t. LXXXIII, p. 555.

du crâne ; encore faut-il que l'enfoncement soit assez considérable et la fracture multiple. Je me rallie pleinement sous ce rapport aux idées de M. Gosselin [1], exprimées dans son rapport à l'Académie de médecine sur les observations de MM. Lucas-Championnière, Proust et Terrillon.

Quant au trépan primitif, destiné à combattre certains accidents du début, je ne vois guère que les cas de convulsions dues manifestement à un enfoncement limité du crâne, ou d'hémiplégie totale bien caractérisée et accompagnée de phénomènes graves tels que la perte de connaissance et un stertor plus ou moins prononcé, qui pourraient en nécessiter l'application; encore faudrait-il, si le malade était atteint d'hémiplégie, être arrivé à la quasi-certitude de l'existence d'une hémorrhagie non compliquée de vaste contusion cérébrale.

Dans ce cas, si les jours du blessé semblaient sérieusement menacés, il serait, je crois, permis de faire une tentative, même en l'absence d'une plaie extérieure.

En dehors de ces cas pressants, l'expectation me paraît devoir être la règle, attendu qu'il est démontré que les accidents de toute sorte, d'ordre dépressif ou d'ordre irritatif, paralysie, contracture, convulsions, disparaissent parfois sans traitement chirurgical. Ce n'est pas qu'il faille, selon moi, attribuer ces guérisons à la suppléance fonctionnelle des parties lésées du cerveau par les parties saines voisines ; car si les expériences de Carville et Duret permettent de soutenir la possibilité de ces suppléances chez le chat et le chien, celles de Ferrier ont montré que chez le singe la destruction totale d'un centre amène une paralysie persistante; mais en réalité il n'y a rien d'invraisemblable dans la guérison d'un état irritatif ou phlegmasique de la substance cérébrale.

La persistance ou l'aggravation de ces symptômes à un degré tel qu'on verrait poindre un danger prochain pour l'existence, devraient imposer l'intervention, mais alors une intervention relativement hâtive, non entravée par ces hésitations fâcheuses qui, pendant bien longtemps, ont nui au succès de certaines opérations, telles que l'anus artificiel, les kélotomies, l'empyème, etc.

J'ai parlé d'expectation, mais je m'empresse d'ajouter qu'il ne s'agit pas d'une expectation inactive. Suivant moi (et je ne fais que répéter ici ce que bien d'autres ont dit), il y a grand parti à tirer du traitement antiphlogistique sous toutes ses formes, et particulièrement des émissions sanguines locales et générales. S'imaginer que l'application d'une ou plusieurs couronnes de trépan aboutira au même résultat sans plus de danger, c'est commet-

[1] Gosselin, *Rapport à l'Académie de médecine*. Séance du 3 avril 1877.

tre à mes yeux une double erreur, surtout quand l'opération n'est pas indiquée par une des circonstances énumérées plus haut et que la fracture ne communique pas avec l'extérieur ou n'a pu être reconnue avec certitude.

Enfin, le diagnostic d'abcès cérébral, si l'on était assez heureux pour y arriver avec quelque certitude, entraînerait l'idée d'intervention, aujourd'hui comme au temps où Dupuytren donnait dans une circonstance de ce genre la mesure de son génie chirurgical.

V.

Il me reste, Messieurs, une étape à parcourir pour arriver au bout de la longue tâche que je me suis imposée. S'il est suffisamment établi que certains centres ont une position passablement fixe et que d'autre part la trépanation comporte des avantages réels, réservée à certaines circonstances définies, je veux répondre à l'avance à certaines objections qui ne manqueront pas de se produire, et, en outre, indiquer le parti qu'on peut tirer de la topographie crânio-cérébrale pour atteindre tel ou tel point du cerveau.

A l'objection qui consisterait à dire que la situation des centres n'est pas encore assez exactement déterminée, j'ai opposé les résultats des autopsies, en ayant soin de faire des réserves que je tiens à reproduire ici.

Ni l'hémiplégie, ni la monoplégie brachiale isolée, ni la paralysie faciale isolée n'indiquent pour la lésion un siége absolument constant; il en sera de même des convulsions occupant les mêmes points.

En conséquence la trépanation pratiquée dans ces conditions resterait, à défaut d'une plaie, ou d'une cicatrice, ou d'un enfoncement osseux, un peu hasardeuse. C'est alors que l'application de plusieurs couronnes de trépan, deux ou trois au maximum, sauf quelques cas tout à fait spéciaux, pourrait rendre un véritable service.

En revanche, l'indication de l'intervention étant bien nette, s'il y avait chez un sujet coïncidence de l'aphasie, de la paralysie faciale et de la monoplégie brachiale, je n'hésiterais pas à ouvrir le crâne en regard du tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante, étant convaincu que j'atteindrais juste le milieu de la région malade. Il est bien entendu que dans tous les cas énumérés plus haut, dans lesquels le diagnostic serait enveloppé d'incertitude, je me rapprocherais le plus possible du milieu des zones considérées comme étant le siége le plus fréquent des lésions en correspondance avec tel ou tel trouble fonctionnel; et je serais encouragé dans mes tentatives par la déduction que

j'ai tirée plus haut de l'observation de M. Terrillon, à savoir qu'une précision opératoire absolue n'est pas de rigueur dans tous les cas.

Voici une autre objection plus spécieuse que fondée, qui ne tendrait à rien moins qu'à réduire à néant tout ce qu'on pourrait dire des localisations envisagées comme guide dans le choix de la région à trépaner : *Toutes les fois qu'on peut reconnaître à la surface du crâne une plaie ou une contusion, c'est à l'endroit de la plaie ou de la contusion qu'il faut appliquer l'instrument.*

D'abord il se peut qu'il n'y ait à la surface du crâne ni plaie, ni contusion ; dans ce cas j'aimerais encore mieux m'en fier aux localisations que de procéder au hasard. Il y aurait bien une autre solution qui serait de ne pas trépaner du tout ; mais il est permis de prévoir des circonstances où elle ne ferait l'affaire de personne, ni celle du malade, ni celle du chirurgien poussé par ses convictions.

Enfin il me sera très-facile de vous montrer que l'existence d'une plaie récente, d'une contusion, d'une cicatrice, d'un enfoncement ancien, constitue parfois une cause d'erreur.

L'observation de M. Lucas-Championnière me fournit un exemple de ce que je viens d'avancer. Le sujet qu'il a trépané portait une petite plaie linéaire au voisinage de la bosse pariétale. Il débride à ce niveau et ne trouve pas de fracture ; il incise encore en bas et en avant, et rencontre un foyer de fracture à une distance notable de la plaie. Si donc il s'en était rapporté uniquement à la situation de cette dernière, il n'aurait peut-être pratiqué qu'une opération parfaitement inutile.

Voulez-vous un autre exemple ? Dans l'observation de M. Tillaux il est dit qu'une cicatrice était visible sur la partie postéro-latérale du crâne, à 8 centimètres, si je ne me trompe, en arrière du bregma. D'autre part le foyer d'encéphalite était localisé dans le lobe frontal. La cicatrice aurait donc infailliblement induit en erreur un opérateur assez peu convaincu de la valeur des localisations pour n'en tenir aucun compte.

Que conclure de cela, sinon qu'une plaie, une contusion, une cicatrice ne représentent un guide qu'à la condition qu'il y ait une correspondance rigoureuse ou approximative entre la situation de la lésion extérieure et celle des centres qu'on suppose blessés. Autrement dit, il serait bon, avant de rien conclure, de procéder d'abord au moyen des mensurations qui seront indiquées plus loin, à la détermination des centres connus. Puis, s'il y avait concordance entre la situation de ces centres et celle de la blessure récente ou ancienne, on trépanerait au niveau de cette dernière ; mais en réalité ce ne serait pas elle qui aurait guidé la main de l'opérateur.

A cet égard, il n'y a de réserves à faire qu'en cas d'enfoncement et d'enclavement des os, le but étant avant tout de relever les fragments, mais en cas de collection sanguine ou purulente emprisonnée entre la dure-mère et le crâne, il y aurait tout avantage à trépaner en plein foyer, point qui est bien loin de correspondre toujours au foyer de la fracture. Il ne peut y avoir, je le reconnais, rien d'absolu dans ce précepte, et je pourrais citer contre lui la remarquable observation de trépanation pour une vaste collection purulente, que M. Cras, de Brest, nous a communiquée dans le courant de cette année.

C'est en procédant comme je viens de le conseiller pour l'avenir, que M. Broca a pu intervenir avec une entière sécurité dans le cas auquel j'ai déjà fait allusion.

Un individu avait reçu un coup de pied de cheval dans la région fronto-pariétale gauche, le 27 juin 1871. Il en était résulté une plaie de peu d'étendue au fond de laquelle on voyait l'os dénudé mais non fracturé. Le 11 juillet un érysipèle avait entravé la guérison; celle-ci était complète le 22 du même mois, sauf que la plaie n'était pas entièrement cicatrisée.

Un peu avant le 26, il y eut de l'agitation, de la céphalalgie, des vomissements et enfin une aphasie très-bien caractérisée. Le 27 il s'ajouta à ces symptômes de la stupeur, une hémiplégie faciale droite, une paralysie de la main droite et du coma.

M. Broca fit les mensurations nécessaires pour arriver sur le centre du langage articulé; il se trouva que le point où il devait appliquer l'instrument correspondait à ce qui restait de la plaie. Cette circonstance n'a pu que le confirmer dans ses prévisions; mais ce n'est pas elle qui l'a guidé.

Vous connaissez tous la fin de l'observation; le trépan ouvrit une issue à une collection purulente emprisonnée entre la dure-mère intacte et l'os qui n'avait été que contusionné. Les accidents s'étant aggravés, M. Broca fit le soir une ponction à travers la dure-mère avec un trocart; il ne s'écoula pas de pus.

L'opérateur s'en tint là; le malade succomba le 28 juillet. L'autopsie montra qu'une méningo-encéphalite occupant la pointe du lobe frontal, la deuxième et la troisième circonvolutions frontales, les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et les deux premières circonvolutions temporo-sphénoïdales, avait été la cause de la mort. Il était évident que cette complication avait été consécutive à l'abcès, bien que celui-ci fût séparé du cerveau par la dure-mère intacte.

M. Broca a exprimé le regret d'avoir opéré trop tard. Peut-être ses regrets sont-ils fondés; car la trépanation qui pouvait tout contre l'abcès ne pouvait plus rien contre la méningo-encéphalite.

Mais sans doute la complication était restée latente plusieurs jours avant de donner lieu à l'aphasie, à l'hémiplégie faciale et à la paralysie de la main ; il est donc très-probable que l'opération faite un ou deux jours auparavant n'aurait pas eu de résultat plus heureux.

Mon travail resterait incomplet si je n'ajoutais à tout ce qui précède l'exposé des procédés au moyen desquels on peut faire une ouverture au crâne dans un point correspondant à l'un des centres qu'il s'agit d'atteindre. Gratiolet, Ferd. Heftler, MM. Broca, Bischoff, Turner, Féré, Ecker se sont proposé pour but d'établir les rapports des scissures et des circonvolutions avec les sutures et les principales saillies du crâne [1]. Par des voies fort diverses, la plupart de ces expérimentateurs sont arrivés à des résultats très-analogues. Bien que ces résultats représentent des moyennes et qu'en chirurgie les sujets soient autant d'individualités distinctes à qui ces moyennes seront loin d'être toujours applicables, je pense avec M. Broca que dans le plus grand nombre des cas les mensurations auxquelles on les donnera comme bases, permettront de réaliser un degré de précision suffisant.

« Nous saurons », dit M. Broca, « que chez l'homme adulte, la distance rolando-bregmatique est en moyenne de 47 à 48 millimètres ; nous ne saurons pas si chez notre blessé elle est supérieure ou inférieure à la moyenne ; tout au plus pourrons-nous le supposer d'après la forme brachycéphale ou dolichocéphale et d'après les dimensions de son crâne ; et tout cela ne nous conduira qu'à une probabilité. Cela ne veut pas dire qu'il soit inutile de connaître cette distance moyenne ; il est bon d'en avoir une idée pour apprécier les chances du diagnostic, mais si au lieu de la connaître à 1 millimètre près, nous ne la connaissons qu'à 2, 3 ou 4 millimètres près, l'utilité pratique que nous en retirerions serait à peu près la même. »

J'ajoute que, les lésions auxquelles le trépan peut être appelé à remédier occupant généralement, non des millimètres, mais bien des centimètres carrés de la surface du cerveau, on peut renchérir sur la conclusion de M. Broca et rester cependant dans le vrai.

Comme le plus grand nombre des sutures sont à peu près impossibles à reconnaître sur le vivant, les chirurgiens sont obligés de substituer à ces points de repère suffisants pour les études anthropologiques des points de repère déterminés tout autrement. Que l'extrémité supérieure du sillon de Rolando soit à 47 ou 48 millimètres en arrière du bregma et son extrémité inférieure à 28 millimètres en arrière de la suture coronale, peu nous importe si nous

[1] *Revue d'anthropologie*, 1876, t. V, n° 2.

ne possédons un moyen de reconnaître à travers les parties molles la position du bregma et de la suture coronale.

Le problème se simplifie singulièrement si l'on songe que les centres à peu près connus chez les animaux et plus encore chez l'homme sont groupés de chaque côté du sillon de Rolando. Cette remarque, sur laquelle M. Lucas-Championnière a eu raison d'insister, l'a conduit à un procédé qui permet de tracer avec une exactitude suffisante sur la tête rasée une ligne représentant la scissure de Rolando.

Déjà M. Broca avait indiqué la manière de déterminer sur le crâne revêtu des parties molles, le point superposé au centre du langage articulé. On y arrive en prenant l'apophyse orbitaire externe comme point de repère, en traçant à partir de cette apophyse une ligne horizontale sur laquelle on compte 5 centimètres. A la limite du cinquième centimètre on élève une perpendiculaire de 3 centimètres. L'extrémité supérieure de cette ligne verticale correspond en plein au centre du langage.

L'expérience ayant consacré la valeur de ce procédé, il n'est pas nécessaire d'en chercher un autre d'une précision plus rigoureuse.

Qu'on prolonge à 7 centimètres au lieu de 5 centimètres la ligne horizontale du procédé précédent, et qu'à la limite du septième centimètre on élève une perpendiculaire de 3 centimètres, on détermine, suivant M. Lucas-Championnière, un point qui correspond à l'extrémité inférieure ou externe de la ligne rolandique. L'extrémité supérieure de cette ligne sera établie comme il suit :

On doit y préluder par la détermination du bregma, lieu d'intersection des sutures coronale et bipariétale. Etant donné que d'après les anthropologistes le plan vertical mené par les deux conduits auditifs passe justement au niveau du bregma, on pourrait peut-être suppléer aux instruments de précision en portant verticalement un ruban du conduit auditif au sommet du crâne, ou en se servant, sur le conseil de M. Lucas-Championnière, d'une plaque de carton cintrée sur un de ses bords qu'on appliquerait à cheval sur la tête, au niveau des conduits auditifs, de manière à lui faire représenter à peu près le plan auriculo-bregmatique des anthropologistes; mais il y a mieux à faire, et le mieux consiste à prendre ses mesures au moyen de l'équerre flexible de M. Broca. Ces différentes opérations constituent dans leur ensemble le procédé de M. Lucas-Championnière.

L'équerre flexible se compose de deux lames minces d'acier souple fixées l'une à l'autre à angle droit. Au point d'adaptation de la lame verticale se trouve un petit tourillon en buis destiné à être introduit dans le conduit auditif.

Sur le crâne sec on se sert de cet instrument en introduisant le tourillon dans le conduit auditif osseux et en faisant passer la branche horizontale fléchie immédiatement au-dessous de l'épine nasale antérieure. La branche verticale étant alors fléchie à son tour, le point où elle croise le sommet du crâne est le bregma. Par rapport au crâne sec, l'extrémité postérieure du sillon de Rolando est chez l'homme en moyenne à 47 ou 48 millimètres en arrière de ce point.

L'emploi du même instrument sur une tête recouverte de ses parties molles comporte deux causes d'erreur. L'une d'elles a été reconnue par M. Terrillon. Elle consiste en ce que le conduit auditif fibro-cartilagineux est plus en arrière que le conduit auditif osseux, d'une quantité égale à 1 centimètre environ, d'après des expériences faites en commun avec M. Féré. Il en résulterait que sur le vivant il faudrait reporter le bregma un peu en avant du point où la branche verticale de l'équerre croiserait le sommet du crâne. Mais, d'autre part, personne ne me paraît avoir tenu compte de l'épaisseur des parties molles qui recouvrent l'épine nasale antérieure ; il doit en résulter que la branche horizontale bascule un peu en avant autour du conduit auditif et qu'elle entraîne la branche verticale dans son mouvement ; d'où un autre déplacement du bregma, mais cette fois, d'arrière en avant.

C'est peut-être pour cette raison que M. Lucas-Championnière est arrivé dans ses expériences à fixer l'extrémité supérieure du sillon de Rolando un peu en arrière du point indiqué par les autres auteurs. Cependant, il ne serait pas surprenant que les deux causes d'erreur signalées plus haut se fissent compensation, si bien qu'il n'y aurait à tenir compte ni de l'une ni de l'autre. Ce point mérite vérification.

Etant déterminée la ligne rolandique il devient assez simple de se rapprocher des centres les mieux connus. Je ne répéterai pas ce qu'ont écrit à cet égard MM. Lucas-Championnière et Pozzi [1], parce que l'un et l'autre se sont basés sur les résultats des expériences de Ferrier qui ne sont que de loin applicables à l'homme ; je me bornerai à renvoyer aux considérations que j'ai développées plus haut en m'appuyant sur les faits cliniques.

Il est un côté de la question qu'il faut se garder de laisser dans l'ombre, c'est la variété des distances rolando-bregmatique et rolando-coronale suivant le sexe et l'âge. On doit à M. de la Foulhouze des recherches fort intéressantes sur ces points [2].

[1] Pozzi, Des localisations cérébrales et des rapports du crâne avec le cerveau au point de vue des indications du trépan. *Arch. génér. de médecine*, avril 1877.

[2] De la Foulhouse, *Recherches sur les rapports anatomiques du cerveau avec la voûte du crâne chez les enfants*. Th. de doctorat, Paris, 1876.

On savait déjà par celles de M. Féré que chez la femme la distance rolando-bregmatique est de 45 à 47 millimètres en moyenne et que l'extrémité inférieure du sillon de Rolando est à 6 centimètres 1/2 en arrière de l'apophyse orbitaire externe (Lucas-Championnière) ; mais M. de la Foulhouze nous a appris, entre autres notions nouvelles qu'il m'est permis de négliger, que chez les enfants de six mois à trois ans le lobe frontal dépasse en arrière la suture coronale de 42 millimètres environ, chiffre énorme eu égard au diamètre antéro-postérieur du crâne. Au-dessus et au-dessous de cette période de la vie, la distance rolando-bregmatique redevient à peu près proportionnelle à ce qu'elle est chez l'adulte.

D'après des mensurations faites sur quatre vieillards, les distances du sillon de Rolando à la suture coronale auraient quelque tendance à s'exagérer. Ainsi se trouverait établi un certain rapport entre les deux âges extrêmes de la vie.

Ici se termine, Messieurs, l'exposé des considérations que j'ai voulu soumettre à votre jugement. J'ignore si vous aurez partagé toutes mes impressions ; mais je serais surpris si ce travail n'avait pas fait naître en vous la pensée que l'étude des localisations et de leurs applications cliniques ne doit pas être abandonnée à la médecine. Il y a là une mine féconde à exploiter, une question élevée à approfondir.

L'avenir peut facilement nous promettre plus que le passé ne nous a encore donné ; mais le présent est déjà en possession de notions assez importantes pour que j'adresse à vos efforts un pressant appel, en vous disant, avec un commencement de ferme conviction : Localisons, localisons ! Il en restera toujours quelque chose.

Observation de M. Terrillon sur un cas de trépanation avec guérison.

Le nommé Jean-Baptiste Bourseré, âgé de 19 ans, entré à l'hôpital le 23 octobre 1876, salle Saint-Éloi.

Le 8 octobre, entre minuit et une heure du matin, il se trouve mêlé à une rixe avec des soldats et reçoit sur le côté gauche de la tête un coup de sabre-baïonnette. D'après le malade, c'est la pointe qui l'aurait atteint. Aussitôt après la blessure, il s'écoule une certaine quantité de sang.

Transporté au poste voisin, environ un quart d'heure après l'accident, le blessé perd connaissance pendant dix minutes.

Vers 8 heures du matin, il a une nouvelle perte de connaissance ayant la même durée que la première.

Pendant toute la journée qui suivit l'accident, le malade se plaint d'étourdissement, d'une lourdeur de tête assez forte, mais sans aucune gêne des mouvements ni de la parole.

On le conduit à la prison de Mazas où il demeure huit jours. Le cuir chevelu avait été rasé avec soin, un pansement simple appliqué sur la plaie, et, pendant tout son séjour, le blessé n'éprouva aucun trouble, aucun malaise, il n'était incommodé que par l'abondance de l'écoulement.

Le 17 octobre, il quitte la prison dans le même état.

19 *octobre*. — Dix jours après l'accident, il est pris assez rapidement de trouble de la parole, trouble qui augmente graduellement les jours suivants et progresse jusqu'à son entrée à l'hôpital. Il a de la difficulté à trouver ses mots, et se trompe dans la désignation des objets qu'il veut nommer. Enfin la parole finit par devenir tout à fait confuse.

En même temps que se développait cet embarras de la parole, la face était déviée ; la main droite devenait faible et maladroite ainsi que le bras, et des fourmillements se faisaient sentir dans les doigts. Les jambes restent normales et identiques des deux côtés.

Pas de convulsions, pas de vomissements.

La douleur de tête était modérée au niveau de la plaie et n'incommodait pas le malade.

24 *octobre*. — Le lendemain de son entrée à l'hôpital, on constate les phénomènes suivants :

Sur le côté gauche de la tête existe une plaie cutanée, oblique, de haut en bas et d'avant en arrière, ayant 3 centimètres de longueur. Elle est située à 9 centimètres au-dessus du conduit auditif et correspond à une *ligne verticale* [1] passant par ce conduit, elle est donc au niveau de la bosse pariétale.

Cette plaie repose sur une partie saillante tuméfiée, et elle laisse échapper une certaine quantité de pus quand on presse sur les parties voisines.

L'exploration avec une sonde cannelée révèle la présence d'un décollement du cuir chevelu, et (renseignement plus précieux) d'une inégalité, d'un enfoncement de la paroi crânienne, dont il est difficile de préciser l'étendue et la profondeur. Ces manœuvres, en effet, sont pratiquées avec prudence.

Le malade est assoupi, indifférent à ce qui se passe pendant qu'on explore la plaie,

Telles étaient les lésions apparentes du côté de la tête, à gauche ; mais à droite on trouve des phénomènes qui sont en concordance parfaite avec la lésion probable du crâne.

Une hémiplégie faciale *inférieure* complète, très-accusée, occupe le côté droit. La face est entraînée du côté gauche, et toute la partie droite est immobile, quels que soient les mouvements que fasse le malade.

L'orbiculaire et le frontal sont intacts et identiques des deux côtés.

La langue est fortement déviée vers la droite, quand le malade la sort de la bouche. La luette est inclinée à gauche.

[1] Erreur relevée dans la suite de ce travail, car quand le malade fut examiné debout avec un fil à plomb placé devant le conduit auditif, la plaie était à 18 mm. de la verticale.

La motilité et la sensibilité du voile du palais semblent normales ainsi que celles du pharynx.

Du côté du membre supérieur on constate une *parésie* et surtout une maladresse extrêmement accusée de l'avant-bras et de la main. Le malade peut à peine serrer la main qu'on lui présente, il ne peut saisir aucun objet et se contente d'agiter péniblement les doigts sans direction précise.

Parésie légère des muscles du bras.

Les muscles de l'épaule semblent n'avoir perdu aucunement de leur énergie.

Fourmillement et engourdissement dans la main droite.

Les muscles paralysés répondent facilement et énergiquement à la faradisation.

Le membre inférieur et les muscles du tronc sont identiques des deux côtés.

Enfin la sensibilité tactile est partout conservée, et on ne trouve aucune trace de lésion visuelle ou auditive.

Les pupilles sont semblables.

La difficulté que le malade éprouve pour parler s'explique en partie par la présence de l'hémiplégie faciale droite qui est très-complète. Mais outre ce trouble de la prononciation, il accuse nettement une difficulté, et même l'impossibilité de trouver les mots. Il hésite quelquefois longtemps pour noter les objets qu'on lui présente et il lui arrive de se tromper. Aussi l'aphasie est évidente quand on est arrivé à la différencier de la difficulté de la prononciation due aux troubles des muscles de la face et de la langue. Si nous ajoutons que le malade n'a pas de fièvre (37°), bon appétit, et ne présente pas trace de convulsions, nous aurons indiqué complétement son état, à son entrée, quinze jours après l'accident.

25 *octobre*. — Même état, l'apathie intellectuelle est seulement un peu plus marquée que la veille. Ni fièvre, ni douleur de tète, ni convulsions (37°).

26 *octobre*. — Je vis le malade dans le service de M. Proust, et après avoir avec lui examiné et constaté les symptômes qui précèdent, je cherchai à être éclairé sur l'état du crâne.

La plaie extérieure, trop petite profondément, fut agrandie par une incision cruciale. Je fixai au sommet des quatre lambeaux des anses de fil qui me furent très-utiles pour la suite.

Après avoir, avec beaucoup de précaution, débarrassé le fond de la plaie d'une quantité de tissus fongueux qui masquaient la lésion osseuse, et arrêté le sang, nous pûmes constater l'existence d'un enfoncement de forme quadrilatère, à bords nets, ayant l'étendue de 1 centimètre 1/2 en *carré*.

Je continuai à nettoyer avec soin l'orifice ainsi fermé pour arriver sur la partie enfoncée que j'avais constatée avec le stylet, et j'arrivai ainsi à sentir et même à voir nettement la surface du fragment, dont la surface extérieure était enfoncée au niveau de la surface interne.

En appuyant légèrement à sa surface, on sent qu'il est mobile légèrement, mais enclavé profondément.

Le malade n'accuse presque aucune douleur pendant les manœuvres, si ce n'est au moment de la section du cuir chevelu.

Il est certain qu'en présence d'un enfoncement de cette nature et des symptômes parfaitement concordants existant du côté opposé, et surtout en l'absence de symptômes fébriles, de convulsions et de maux de tête intenses, l'indication était très-nette.

Il fut donc décidé que je pratiquerais les manœuvres nécessaires pour enlever les os enfoncés; mais, n'ayant pas les instruments nécessaires, l'opération fut remise au lendemain. La plaie fut pansée avec de l'eau phéniquée.

27 *octobre*, 19 *jours après la blessure*. — Le malade, le lendemain, était dans le même état que la veille, sans fièvre, sans aucun autre symptôme (37°).

D'après la nature de l'enfoncement, il était impossible de saisir les fragments sur les côtés. Il était même difficile de fixer un tire-fond sur le milieu, à cause de l'étroitesse de la plaie. Enfin, la certitude que j'avais d'avance de trouver la table interne brisée sur une plus grande étendue que la table externe me fit abandonner l'idée de faire des tentatives inutiles. Après avoir agrandi la plaie vers sa partie supérieure, j'appliquai donc une petite couronne de trépan.

La couronne empiétait légèrement sur la partie enfoncée, elle avait 1 centimètre 1/2 de diamètre. Après avoir enlevé avec beaucoup d'attention une rondelle du diploé, je pus sentir et voir la dure-mère. Saisissant alors avec précaution les fragments enfoncés avec un élévatoire et avec des pinces, je pus enlever trois fragments assez gros et plusieurs autres plus petits.

Au moment où j'enlevai le plus profond, il s'écoula une petite quantité de pus qui était situé à la surface de la dure-mère. La surface de cette dernière était tomenteuse, rougeâtre, ne présentait pas son aspect nacré habituel, mais elle n'était pas perforée.

Aussitôt après l'ablation des esquilles, on vit la dure-mère se mettre de niveau en ce point avec la partie voisine et faire même une légère saillie, mais sans qu'on vît de battements à sa surface.

Mais ce qui fut le plus remarquable et attira aussitôt l'attention de tous les assistants, ce fut l'amélioration notable de la parole et surtout la facilité avec laquelle le malade trouvait ses mots.

Pouvant à peine se faire comprendre avant l'opération, il comptait maintenant facilement quatre-vingt-quinze, etc.

L'aphasie avait donc diminué instantanément.

Enfin la paralysie faciale et la parésie du bras avaient diminué d'une façon sensible, mais sans que l'amélioration fût aussi grande que pour l'aphasie.

Comme je l'avais pensé, la table interne était brisée sur une surface plus grande que la table externe.

La plaie fut laissée béante et pansée avec de l'eau phéniquée.

Le soir de l'opération, le malade allait très-bien, les symptômes s'étaient encore améliorés, et la prostration, l'hébétude avaient presque complétement disparu. Temp. 37°.

28 *octobre.* — Amélioration continue des symptômes. 37°.

Le soir, un peu de malaise et douleur au niveau de la plaie.

29 *octobre.* — Fièvre vive, douleur de tête violente, prostration, 40°. Plaie bonne, mais suppurant moins. Les ganglions du cou sont douloureux, on craint un érysipèle dont les signes locaux sont encore incertains.

1er *novembre.* — L'érysipèle est déclaré et évolue, sans grand orage. Subdelirium, mais sans contractures ni convulsions, ce qui rassure sur la possibilité d'accidents cérébraux graves.

Cependant le fond de la plaie étant occupé par une masse blanchâtre, molle, je fais une légère piqûre craignant un abcès superficiel, il ne sortit que du sang.

Purgatif léger. Huile de ricin 30 grammes.

2 *novembre.* — Extension de l'érysipèle à la face. Amélioration de l'état général, même état local.

3 *novembre.* — L'amélioration de l'état général est plus accentuée, on peut alors explorer l'état de la paralysie, ce qu'on n'avait pu faire es jours précédents.

Le malade parle franchement et prononce tous les mots sans hésitation, quoique avec une petite difficulté à cause de la déviation légère de la bouche. L'état des muscles de la face est difficile à analyser à cause de l'érysipèle.

Les muscles de l'avant-bras se contractent beaucoup mieux, et les fourmillements de la main ont disparu.

6 *novembre.* — La main droite a repris une grande partie de sa force et toute la précision des mouvements.

Le malade parle facilement, sauf un léger bégaiement qu'il avait déjà avant l'accident. L'hémiplégie faciale est à peine perceptible.

L'érysipèle semble complétement disparu.

7 *novembre.* — On retrouve encore une petite plaque d'érysipèle sur la joue droite.

9 *novembre.* — L'érysipèle a cessé complétement.

13 *novembre.* — Amélioration telle qu'il ne reste qu'un degré à peine sensible de paralysie faciale et de l'avant-bras.

La plaie suppure encore et tend à se fermer.

22 *novembre.* — Idem.

Rapports.

Rapport verbal de M. Polaillon sur un cas de dystocie présenté par M. Lemée, de Saint-Sever.

M. le docteur Lemée, de Saint-Sever, est venu lire à la séance du 27 juin, une observation d'accouchement difficile, sur laquelle vous m'avez chargé de faire un rapport.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, primipare, en travail depuis 24 heures, et qui ne pouvait accoucher spontanément parce que

l'enfant se présentait par l'épaule. Le fœtus ayant cessé de vivre, M. Lemée pensa que le meilleur moyen de délivrer la patiente était de sectionner le cou de l'enfant et de l'extraire en deux tronçons. La section du cou pratiquée avec les ciseaux de Dubois fut très-laborieuse par suite des contractions incessantes de l'utérus. Commencée à 6 heures du soir, cette opération ne fut terminée qu'à minuit après plus de dix tentatives. La section du cou une fois achevée, le tronc fut expulsé presque aussitôt. Mais la tête resta emprisonnée dans la cavité utérine par la contracture permanente d'une zone de fibres située, d'après l'auteur, au-dessus du col de l'utérus. Il me paraît difficile de voir dans ce phénomène autre chose que le resserrement rapide du col que l'on observe dans les cas où les fibres musculaires ont été irritées par des manœuvres longues et répétées ou par l'administration intempestive du seigle ergoté. M. Lemée fit une application de forceps pour extraire la tête, et échoua. Après une heure de repos, nouvelle application du forceps, nouvel échec. Le crâne est alors perforé et en partie vidé, mais le col ne cède pas, et la tête reste dans la cavité utérine. Après avoir reconnu que l'obstacle ne réside pas dans une étroitesse du bassin, mais seulement dans la contraction du col, M. Lemée administre à la patiente une pilule de 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, et la laisse prendre du repos. Au bout de 3 heures, la tête est à la vulve, et on peut l'extraire facilement.

Cette observation, Messieurs, me fournit l'occasion de rappeler deux règles de l'art obstétrical qui sont souvent oubliées dans les cas analogues à celui de notre confrère, le docteur Lemée. La première est de ne jamais pratiquer la détroncation avant d'avoir essayé la version et reconnu que cette opération est impossible ou dangereuse pour la mère. La seconde est de savoir attendre, s'il n'y a pas d'hémorrhagie, quand un placenta ou une tête après la détroncation est retenue par le resserrement prématuré du col, et d'administrer l'opium en lavement si ce resserrement va jusqu'à la contracture.

Présentations de malades.

Résection partielle du coude droit,

par M. Gillette.

M. Gillette présente à la Société un homme de 28 ans sur lequel il a pratiqué, il y a 6 mois environ, la *résection du coude droit* sous-périostée pour la partie du squelette correspondant à l'humérus. Le résultat qu'il a obtenu lui paraît satisfaisant à deux points de vue : comme conservation des *mouvements actifs* de l'avant-

bras et comme *reproduction complète de l'extrémité inférieure de l'humérus.*

Lorsque ce malade vint le consulter, il portait une tumeur blanche osseuse et fongueuse du coude remontant à 4 ou 5 ans et ayant eu peut-être, comme origine, un traumatisme reçu pendant la dernière guerre. Entré dans un des hôpitaux du Centre, il avait subi à diverses reprises des cautérisations ponctuées, mais le mal s'était aggravé au point que vu la hauteur à laquelle remontait la lésion osseuse, on avait cru devoir songer à l'amputation du bras.

Au moment où je le vis, dit M. Gillette, l'état local et général de cet homme était aussi déplorable que possible : douleurs violentes et incessantes spontanées et provoquées par le moindre mouvement, gonflement considérable et fusiforme de toute la région de l'article avec phénomènes inflammatoires très-accentués, abcès, fistules par où le stylet rencontrait des fongosités et des dénudations osseuses, voilà pour l'état local ; fièvre surtout le soir, inappétence, amaigrissement, insomnie, constitution en un mot bien délabrée.

M. Gillette se décida à tenter la *résection :* l'opération ne présenta rien de particulier et dura à peine 20 minutes ; anesthésie. Ce fut le procédé de M. Ollier, *en baoïnnette* qui fut employé : les fongosités occupant surtout les côtés cubital et radial de l'articulation, ce ne fut que pour l'os du bras que put être effectuée la résection sous-périostée. La section du cubitus fut faite *obliquement* à l'effet de ménager l'insertion du brachial antérieur : celle du biceps à la tubérosité radiale fut aussi conservée. Pas de suture, drainage.

Les extrémités osseuses que M. Gillette présente également à la Société sont remarquables par leurs porosités multiples et par leur *extrême légèreté ;* il existe à leur surface des myriades de petits orifices ; elles représentent, selon lui, un beau type de l'*ostéite raréfiante de Gerdys.*

Le malade a mis trois mois à guérir : un fait clinique fort important fut la *sédation complète* des phénomènes locaux (principalement la douleur) et des symptômes généraux, le soir même du jour où fut pratiquée cette résection, abaissement de la température et du pouls. Une gouttière plâtrée fut appliquée et le pansement chloraté fut employé pendant presque tout le temps.

Actuellement, ce malade est entièrement rétabli : le membre supérieur droit est un peu plus court et moins volumineux que celui du côté opposé, mais cet homme *exécute facilement les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras* et ces mouvements sont *actifs* et volontaires. Quant à ceux de pronation et de supination, ils sont extrêmement restreints. Le palper du

coude démontre, d'une façon manifeste, que *l'extrémité inférieure de l'humérus* réséquée s'est *complétement reproduite*, même avec sa forme à peu près normale; elle est seulement un peu plus volumineuse; quant aux os de l'avant-bras, ils se trouvent reliés à cette extrémité humérale par des cordons fibreux très-résistants.

Discussion.

M. TILLAUX. Je remarque chez ce malade des mouvements d'extension et de flexion assez étendus et actifs. Malgaigne niait l'existence de ces mouvements actifs d'extension après la résection. Il y a eu évidemment reproduction complète des surfaces osseuses humérales.

M. DESPRÈS. J'ai déjà dit que je traitais la plupart des tumeurs blanches par les appareils inamovibles. La guérison avec ankylose à angle droit conserve au bras sa force tandis que guéri d'une résection le malade a perdu force et mouvements.

M. FARABEUF. Je rappellerai à M. Desprès un malade de son service qui a mis 3 ans à guérir d'une tumeur blanche du coude avec ankylose; cette longue suppuration avait épuisé le malade.

Je veux dire un mot du procédé opératoire employé.

Je dirai d'abord que M. Gillette, par une section oblique de son cubitus, a respecté l'insertion du brachial antérieur qui s'attache plus bas qu'on ne le dit, à plus de 2 centimètres de l'interligne articulaire, à une saillie du volume d'une amande, non décrite, mais qui devrait l'être.

Quant au procédé de M. Ollier, je ne le trouve pas bon. Je crois d'abord qu'on ne peut pas faire la résection sous-périostée du coude par la raison que le radius et le cubitus n'ont pas de périoste.

Pour l'incision, elle n'est pas bonne parce que le triceps s'insère en outre de l'olécrane à l'aponévrose antibrachiale par des fibres très-puissantes et ces fibres sont nécessairement coupées dans l'incision dite en baïonnette. Je crois au moins inutile de faire le sacrifice de ces fibres puisqu'on peut les respecter en faisant une incision verticale médiane.

M. GILLETTE. Je reviens sur ce qu'a dit M. Desprès. Je crois que mon malade n'aurait pas guéri par l'immobilisation, il n'aurait pas eu assez de force pour subvenir aux frais d'une suppuration assez longue pour qu'il éliminât des séquestres tels que ceux que je présente.

Je fais remarquer de plus à M. Farabeuf que j'ai respecté l'insertion du biceps.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire,
CRUVEILHIER.

Séance du 19 décembre 1877.

Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine :

La *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie;*

Les *Annales de gynécologie;*

Les *Archives de médecine navale;*

2° Le *Bordeaux médical;* la *Province médicale;* la *Gazette médicale de Bordeaux;* le *Lyon médical;* la *Gazette médicale de l'Est.*

3° *The British medical journal*, le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*, la *Gazette militaire de santé de Madrid.*

4° Un mémoire du professeur Rizzoli sur l'extirpation d'une partie du rectum pour un fibrome par une méthode mixte (instrument tranchant et thermo-cautère).

5° Un traité clinique des maladies des Européens au Sénégal, par le Dr Bérenger Féraud.

6° Une lettre de M.Pennès, qui appelle l'attention sur le vinaigre antiseptique dans les applications à la conservation des pièces. (Commission : MM. Trélat, Perrier; Terrier, rapporteur.)

7° Une note du Dr Coursserant sur un malade atteint de choroïdite antérieure. (Commission : MM. Trélat, Perrier, rapporteur.)

8° Une note de M. le Dr Faucon, membre correspondant, intitulée : Étranglement interne par torsion de l'extrémité supérieure du rectum. Péritonite suraiguë.

A l'occasion du procès-verbal ;

M. DESPRÈS complète l'observation du malade auquel il a trépané le tibia pour un abcès de cet os, et dont il a parlé dans la séance du 7 octobre.

Le malade opéré le 2 octobre est actuellement guéri sans avoir présenté de fièvre. Une virole d'os a été éliminée et la suppuration et le bourgeonnement de l'os ont comblé en partie la perte de substance. L'os qui était très-tuméfié à cause d'une périostite chronique, a repris son volume normal excepté au niveau de la fracture. On verra que l'abcès siégeait bien dans l'épaisseur de la diaphyse de l'os. Il faut ajouter que le malade, qui a guéri en 2 mois et 15 jours a été pansé avec des cataplasmes, puis avec le vulgaire pansement simple.

Présentation de malade.

M. Pozzi montre le malade qui a subi l'opération d'Esmach et dont l'observation est consignée dans les procès-verbaux.

Élections du bureau.

Président.

M. Guyon est élu président, par 28 suffrages et 1 bulletin blanc, sur 29 votants.

Vice-président.

M. Tarnier est élu, par 28 suffrages, sur 30 votants ; un bulletin porte le nom de M. Guéniot, il y a un bulletin blanc.

Secrétaires annuels.

M. Horteloup, sur 30 votants, recueille 27 suffrages et M. Lannelongue 3 pour la place de premier secrétaire annuel.

M. Lannelongue recueille pour la place de deuxième secrétaire 28 suffrages et M. Horteloup 2.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel,
CRUVEILHIER.

Séance du 26 décembre 1877.

Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine, de Paris et de la province;

2° Une brochure du professeur Albert d'Inspruck intitulée : *De l'incurvation du fémur dans les luxations de la hanche;*

3° Une lettre de M. Tillaux s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

4° Une lettre de M. Farabeuf demandant un congé pour les séances du 26 décembre 1877 et 2 janvier 1878;

5° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique adressant au secrétaire général de la Société de chirurgie un extrait du décret qui l'autorise à accepter au nom de ladite Société, la somme de 10,000 francs que lui a léguée feu le docteur Demarquay.

Observation de tétanos utérin produit par le seigle ergoté et la rupture prématurée de la poche des eaux (Rapporteur, M. Guéniot).

Un mémoire du Dr Péan, intitulé : *Du pincement des vaisseaux comme moyen d'hémostase.*

Un mémoire du Dr Paul Erasme, de Turin, intitulé : *De l'infiltration d'urine.*

Rapports.

Prix Duval.

M. Delens donne lecture de son rapport sur le prix Duval.

Elections pour le titre de membre correspondant national.

M. Périer lit un rapport sur les candidats au titre de membre correspondant national.

Prix Gerdy et Demarquay.

MM. Verneuil, Marjolin, Houel et Perrin sont nommés membres de la commission.

Rapports.

M. Ledentu continue la lecture de son rapport *sur les localisations cérébrales.*

Discussion sur les localisations cérébrales.

M. Lucas-Championnière. Vous venez d'entendre un rapport si complet et si intéressant que je n'aurai pas à vous retenir bien

longtemps. Il m'est inutile de revenir sur la partie technique si bien exposée par M. Le Dentu, auparavant indiquée déjà par M. Tillaux. Un mot seulement sur la question personnelle sur laquelle M. Le Dentu s'est étendu. Je reconnais que le but poursuivi par M. Terrillon n'est pas identique au mien, et cela d'autant plus volontiers que je ne partage pas du tout ses opinions sur l'interprétation de certains faits. Je suis heureux de constater qu'il a exprimé en public comme en particulier le désir de ne se voir attribuer aucune des choses que je crois avoir trouvées. Mais, je dois faire remarquer que l'extrême rapprochement des sujets, le moment même de la publication, ont pu malgré lui, faire donner à ses communications une portée plus grande que celle qu'il lui attribuait lui-même. Pour des lecteurs, pour des auditeurs non spéciaux, elle lui donnait une priorité qu'il ne recherchait pas, et j'ai dit que cette confusion eut été évitée bien facilement, même sans historiques, par la simple citation du travail le plus récent publié sur ce sujet et qu'il avait beaucoup de bonnes raisons de ne pas ignorer.

Permettez-moi encore, Messieurs, de répondre à M. Le Dentu qu'il me fait la part bien petite dans ces recherches sur les localisations et le trépan. Pour avoir mis quelque temps à trouver, il ne s'ensuit pas que je n'y ai rien fait et que je me suis contenté de prendre les chiffres des voisins et de les publier.

Lorsque j'ai dit ici, il y a deux ans, les réflexions que m'inspirait l'observation de M. Marvaud, insistant sur cette indication : pariétal antérieur; zone motrice, j'avais déjà trouvé et donné la formule capitale pour cette recherche des centres moteurs. Je ne connaissais pas l'observation de M. Broca, et ce fut même à la suite de cette séance de la Société de chirurgie que M. Broca me demanda le mémoire de Turner pour le traduire et me raconta son observation de la Pitié. Plus tard j'ai emprunté aux beaux travaux de mon excellent maître les éléments de la recherche du centre du pariétal antérieur dusillon de Rolando, et sur son conseil, j'ai appelé *ligne rolandique* ce que j'avais appelé jusque-là : *ligne de Rolando.*

Même, mes points de repère ne concordent pas avec les chiffres des anthropologistes. Pour bien des raisons que je ne puis exposer ici, j'ai trouvé plus profitable et plus sûr de m'écarter de leurs données, surtout parce que je ne faisais pas une recherche de précision, mais un essai de détermination chirurgicale par conséquent *grossière*, je tiens à ce mot qui exprime bien l'importance du progrès que j'espère avoir fait.

Cette petite réclamation en ma faveur ne m'empêche pas de rappeler, comme je l'ai dit le premier, que par son opération chez un

aphasique, M. Broca était l'initiateur de la méthode. Mais, comme moi-même je me défie encore à l'heure actuelle de l'aphasie seule, à cause des difficultés d'observations, je pense qu'on a pu faire des progrès depuis 1871 sans rien dérober à M. Broca.

Pour entrer plus avant dans la discussion du mémoire de M. Le Dentu, on s'aperçoit bien vite que notre collègue a fait un mémoire sur les localisations et le trépan, à propos de l'observation de M. Terrillon, beaucoup plus que sur cette observation même; je ne m'en plains pas, je trouve la question capitale, mais avant de répondre à ces observations, je voudrais dire quelques mots de l'observation de M. Terrillon.

Ici, deux choses, une application de trépan, heureuse, parfaitement indiquée, sagement faite, un beau succès, je l'affirme volontiers avec M. Le Dentu, en dépit des restrictions formulées par quelques-uns de nos collègues.

Au point de vue des localisations motrices, l'observation n'a pas l'importance qu'on se figure au premier abord, parce qu'il s'agit de phénomènes secondaires, parce que ceux-ci sont peu accusés. Les paralysies n'ont pas guidé le chirurgien. Elles n'auraient pu le faire que dans une certaine mesure.

M. Terrillon pense qu'après un système de mensuration il peut indiquer exactement quel était le point du cerveau touché.

Pour cela il a pris sur des *crânes pareils* des mesures *précises* à travers les téguments.

Voici deux affirmations, au point de vue des rapports du crâne et du cerveau ; on peut faire des moyennes, il n'existe pas *de crânes pareils*.

Les mesures indiquées par M. Terrillon, vu la largeur des points de repère, vu le glissement des parties, ne peuvent heureusement donner aucune précision. Je dis *heureusement*, car si l'avenir de la trépanation devait être lié à un procédé de grande précision, l'opération ne serait plus à la disposition d'un nombre suffisant de chirurgiens.

Aussi M. Terrillon ne veut-il en tirer qu'une chose, le progrès de la physiologie du cerveau humain.

Ici, je crois son but manqué, son observation (phénomènes secondaires), son procédé (manque d'assiette des points de repère) devaient tous les deux lui donner un mauvais résultat.

Qu'a-t-il trouvé en effet? que la lésion portait sur la partie inférieure de la circonvolution pariétale ascendante. Or, tout ce que l'on sait sur la question nous montre que les régions motrices compromises chez son malade devaient être (monoplégie brachiale, paralysie faciale, aphasie) l'extrémité inférieure de la fron-

tale ascendante, le pied de la 3e frontale et peut-être la 2e frontale en arrière.

Cette observation suffira-t-elle à renverser tout l'acquis des localisations cérébrales? Beaucoup de gens aimèrent mieux croire avec moi que les causes d'erreurs ont agi et que pour avoir pensé pouvoir trop préciser, M. Terrillon s'est trompé.

Même si la précision du procédé était réelle il ne faudrait jamais l'appliquer aux lésions secondaires accessoirement diffuses; on a voulu trop vite attacher de l'importance à des troubles moteurs quelconques. J'ai prémuni contre cette erreur bien des fois, et j'ai le regret de dire que dans l'ardeur à chercher de nouveaux faits, la même erreur involontaire est commise par bien d'autres.

Aussi M. Ledentu a quitté rapidement l'observation précédente pour vous parler de deux questions successivement, des localisations cérébrales au point de vue du diagnostic chirurgical, et du trépan.

Sur la question physiologique je n'ai pas grand'chose à ajouter. Je vois que M. Ledentu comme M. Tillaux a trop grandi le champ des centres moteurs. Personne n'admet plus le centre moteur de l'œil au niveau du pli courbe, et Ferrier, qui voit là un centre sensoriel, a récemment protesté contre ceux qui lui avaient attribué cette opinion.

Ceci dit, voyons si l'excitabilité physiologique de l'écorce qui ne laisse de doute pour personne, se manifeste suffisamment dans les lésions pour servir de guide au chirurgien?

Nous savons tout d'abord qu'en médecine le diagnostic est fait par les maîtres les plus éminents et par les plus humbles. Mais il n'est pas difficile de prévoir qu'il peut être fait bien mieux pour le chirurgien qui, traitant surtout des fractures, c'est-à-dire les plaies de la convexité, a beaucoup moins à être troublé par les lésions des parties profondes ou centrales de l'organe.

Aussi, le nombre de fractures ou plaies du crâne accompagnées de paralysies partielles, de localisations motrices, est sans limite.

Même, en l'absence d'observations suffisamment étudiées il nous donne un précieux renseignement pour la physiologie et la clinique. Les fractures accompagnées de paralysies primitives sont toujours dans la même région; elles sont toujours à la convexité du crâne, et dans la région du pariétal.

Quand, avec un autre os atteint, il y a paralysie, il s'agit, ou de plaie largement pénétrante, ou de troubles secondaires.

J'ai relevé pour la guerre de Sécession 173 cas de ces paralysies, je n'ai trouvé aucune exception sérieuse à cette règle.

En chirurgie, certainement des observations contradictoires sont

CLICHY. — Imp. PAUL DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12. (1446, 2-8.)— *Le gerant:* MASSON.

plus rares qu'en médecine où les noyaux peuvent être atteints séparément.

La réalité de la région motrice est donc un fait acquis pour le chirurgien. Ce serait déjà, comme je l'ai dit, un énorme progrès, il est vrai, que la distinction des centres puisse diriger dans cette région, on aura presque un guide de précision.

L'observation des faits montre toutes les distinctions des centres. Ils peuvent tous être paralysés isolément, même bien plus distincts qu'on ne le voit en médecine; on trouve ainsi paralysés main, avant-bras, bras, jambe. On trouve associées les paralysies suivantes :

Bras et face, face et aphasie; face, aphasie bras; bras et aphasie, bras et jambes; deux jambes.

J'admets donc, *a priori* au moins, des déterminations médicales connues, et les appliquant à tous ces cas, je dis : Nous découvrirons les parties lésées en nous guidant sur ces centres. Même si ceux-ci ne sont pas au point exact ou nous opérons, deux ou trois couronnes de trépan les découvrent haut la main.

Les paralysies primitives sont le meilleur guide pour cette œuvre.

Les paralysies secondaires peuvent être utilisées, mais le chirurgien sait d'avance que la surface atteinte peut être beaucoup plus large, j'ai dit souvent pourquoi : les convulsions guideront-elles? oui, quand elles sont bien localisées; non, quand elles seront seulement générales, parce que, bien qu'elles soient plus fréquentes dans des traumatismes de la région motrice, on les observe encore avec des lésions un peu éloignées.

Et je dis hardiment : En cas d'hésitation pour le choix de l'opération, je préférerais la localisation à une trace de traumatisme éloignée de la région motrice altérée.

Quant aux procédés, je les ai indiqués, je n'y reviens pas, mais je vois que la chirurgie, par l'étude des localisations cérébrales, a acquis de précieux éléments de diagnostic, contrairement à l'opinion exprimée par certains maîtres, opinion dont je ne peux apprécier la raison.

Faut-il trépaner? tel est le deuxième sujet traité par M. Le Dentu. J'ose à peine l'aborder et je ne le ferais pas, si je n'estimais que tous les chirurgiens modernes qui ont discuté de trépan, n'ont aucune expérience personnelle de l'opération; j'ai de la peine à croire que l'expérience de l'abstention complète de l'opération suffise à faire juger son opportunité.

Je ne dis rien de nouveau en avançant qu'on a exagéré prodigieusement la gravité de la trépanation.

Il n'est pas nécessaire de rappeler l'homme de l'âge de pierre,

le sauvage, les Algériens, la chirurgie des siècles passés et presque tous les écrits du XVIIIe siècle.

En elle-même, c'est une opération peu grave. Elle est devenue grave par les complications hospitalières ou guerrières, et ma foi absolue dans la méthode antiseptique, aidée de preuves nombreuses à l'appui, me permet d'affirmer qu'avec certaines précautions elle est une opération de peu de gravité.

Est-elle de ressource ? telle est la question.

Meurt-on de dépressions du crâne, de fractures de la table interne, d'épanchements sanguins, de méningo-encéphalites secondaires, auxquels personne n'ose même songer à porter remède ? Certainement, il n'y a pas un chirurgien qui n'en ait des cas nombreux en mémoire. Des chirurgiens du plus haut mérite, pendant des siècles, ont jugé qu'ils pouvaient intervenir et qu'ils guérissaient leurs blessés.

J'hésite à croire que d'Ambroise Paré à Dionis, à Petit, Pott et tant d'autres, on n'ait vu que d'incurables routiniers qui ont tué les gens atteints de fracture du crâne, pour leur plus grande satisfaction. En ce moment, toute la chirurgie, sans exception, fait disparaître les cataplasmes, le cérat, les monceaux de charpie et l'humidité chirurgicale qui nous ont détruit tant de blessés depuis le commencement du siècle, pour revenir à l'alcool, aux résines, aux antiseptiques de toute sorte, c'est-à-dire à la vieille chirurgie, aux baumes les plus célèbres. On en retire toutefois les petits chiens, la graisse humaine et les vers de terre, et on en donne une théorie scientifique. Serait-il surprenant que l'on pût revenir plus éclairés et mieux armés à une pratique chirurgicale qui se perd dans la nuit des temps ?

Je dis qu'il faut l'espérer, parce que je crois à l'efficacité du trépan quand il évacue tous les éléments d'irritation, et même de cette compression que Malgaigne a eu tort de nier, si vigoureusement mise en relief par les expériences de M. Duret, à mon humble avis.

Parmi les indications les plus directes du trépan sont sans doute les lésions matérielles que l'on voit, que l'on tient : fractures ouvertes, enfoncées, etc. En ajoutant un symptôme utile, je n'ai pas cru avoir fait fi d'indications anciennement utilisées. Mais contrairement à l'opinion exprimée par certains chirurgiens, je crois difficile la décision à prendre pour le trépan et je ne veux rien négliger pour elle.

Sans doute on a cru facile de juger par les chiffres, et nous connaissons tous le remarquable mémoire de M. Le Fort. C'est la statistique la plus importante et la mieux faite. Est-elle arrivée à servir de guide précieux ? Que l'on en juge.

M. Le Fort conclut que le coma doit faire repousser l'opération.

Il conclut de même pour la plupart des convulsions. Or, il est d'expérience que coma et convulsions constituent les invitations de la plus haute importance pour opérer. Je ne discute pas, je cite l'opinion de tous les chirurgiens qui admettent le trépan.

M. Le Fort a été plus juste pour ce qui concerne les paralysies.

Pourquoi ces appréciations si contradictoires de bien des faits? C'est qu'à notre époque, selon moi, dans les pays où la trépanation est pratiquée, elle est rare; dans d'autres, elle est abandonnée, et de faits divers et incohérents on ne peut déduire une ligne de conduite chirurgicale.

Je vois *a priori* et par la lecture que le trépan agit heureusement contre la compression, l'irritation, les corps étrangers, et même j'admets volontiers sa valeur antiphlogistique s'il est pratiqué antiseptiquement.

Mais, pour serrer de plus près la discussion actuelle, je reviens aux paralysies, que je considère comme indication de trépan, même en l'absence des signes extérieurs de fractures. Je puis dire que j'en ai l'expérience quand je rappelle mon cas, car toutes les réserves que peuvent faire au sujet d'une guérison possible les argumentateurs ne feront pas que la guérison eût été possible. J'ai opéré sur un homme agonisant; de l'avis de tous les assistants, il serait mort en quelques heures; il a vécu et guéri complétement et rapidement.

Voilà le fait : j'ajoute que je me reproche d'avoir opéré aussi tard.

En effet, en lisant les observations de plaies de tête, on voit que les cas de paralysies primitives guéries sont fort rares; et les cas les plus heureux sont ceux où les malades guérissent et les paralysies persistent.

M. Perrin a cité un cas très-remarquable, j'en conviens; s'il y en a d'autres, cela doit être, les cas exceptionnels doivent-ils régler la conduite des chirurgiens ?

Les malades qui guérissent spontanément de hernie étranglée par gangrène et anus contre nature ne sont pas rares. Un chirurgien est-il disposé à ne pas opérer de hernie étranglée?

Le malade même de M. Perrin a passé par 2 années de dangers incessants. Aurait-il couru les mêmes risques par la trépanation faite avec les procédés que j'indique?

L'évolution la plus commune du mal dans des cas de paralysie immédiate, c'est la méningo-encéphalite et la suppuration. Je crois qu'on l'éviterait souvent par la trépanation immédiate. Même s'il s'agissait d'un foyer de contusion, je ne verrais pas grand inconvénient à le découvrir comme je l'ai dit.

Quant aux accidents inflammatoires commencés, je ne vois guère le mal que peut leur faire l'ouverture et l'évacuation du pus ou du sang.

La paralysie résultant de compression ou même de contusion est une indication pressante, et à moins d'une amélioration rapide, elle est une indication flagrante, parce que les centres touchés et comprimés, délivrés tardivement, subissent plus tard des dégénérations secondaires et le retour des paralysies survient. Ce fait est bien moins commun après les interventions rapides. Il était facile de le prévoir.

N'allons pas, à l'instar de quelques auteurs, invoquer la suppléance des centres; de nouveaux centres remplaceront les anciens. Je n'ai la prétention d'apprendre à personne que la suppléance vraie n'a jamais été observée ni sur un homme ni sur un anima supérieur. Pour le diriger même Ferrier la rejette.

Sans doute, bien des chirurgiens n'admettent pas aussi facilement l'opinion nette que j'exprime sur les paralysies. Je les prie de faire comme moi et de chercher. Qu'ils ne se laissent pas prendre aux faits exceptionnels, qu'ils n'arguent pas des paralysies secondaires. On voit qu'il est nécessaire d'insister sur ce point Après tout ce que nous en avons dit, M. Desprès est venu nous exposer un fait qui sert de base à sa pratique sans trépan : c'est un cas de paralysie secondaire des mieux caractérisés, c'est-à-dire sans valeur aucune pour préciser dans la discussion entamée.

D'autres de nos collègues ont encore parlé de cette valeur des phénomènes secondaires. Cette valeur n'existe que pour moi et ceux qui ne sont pas effrayés de la trépanation, et la direction pour le chirurgien est infiniment moins précise.

Il est toujours facile d'apporter des cas contradictoires. Il y a des gens dont le cerveau supporte bien la compression, et la pathologie infantile peut surtout être de ressource pour la campagne contre le trépan. Je comprends ceux qui les citent et disent J'ai guéri mon malade.

Mais je ne comprends plus mes collègues qui étayent leur opinion sur une pièce anatomique. Le fait est remarquable, mais le malade est mort. Il me semble que c'est le cas ou jamais de se demander s'il n'aurait pu guérir par action chirurgicale.

Or l'observation de M. Tillaux nous apprend qu'il y avait une lésion, que l'appréciation des symptômes conduisait sur le foyer de cette lésion.

Cette lésion était-elle épanchement, contusion ? je n'en sais rien, mais j'ai lieu de croire que la trépanation aurait pu y remédier, en tous cas elle ne l'aurait pas faite plus grave.

En définitive, moi qui crois à l'innocuité du trépan par la méthode

antiseptique, je crois à un avenir beaucoup plus large pour la trépanation que je ne veux le formuler ici. Mais, je vous dis : Parmi tous les signes, la paralysie primitive est le plus sûr et le meilleur. Elle est tellement précieuse qu'elle est le seul signe qui ait le droit d'indiquer et de diriger à lui seul l'opération. Je ne changerais d'opinion que si, au lieu de quelques exceptions, vous m'apportiez de nombreux cas de guérison.

Et si je vous dis : Étudiez avec le plus grand soin paralysie et convulsions, c'est parce que je crois le choix d'une détermination très-difficile. Il n'est pas exact que le chirurgien soit suffisamment armé par les vieilles notions sur les fractures du crâne. Ceux qui trouvent si facile de se décider ne trépanent jamais que dans les cas où les lésions sont telles que la mort calme serait préférée par le malade, s'il pouvait choisir.

Le diagnostic même des paralysies est difficile : il faut craindre de s'adresser à des accidents fugitifs, il faut redouter surtout la confusion avec les lésions non traumatiques ; j'aurais pu me laisser aller à trépaner récemment un homme atteint de ramollissement cérébral, si je ne l'avais étudié avec tout le soin que me permettaient mes recherches récentes.

Sans pousser plus loin cet exposé trop long, je dis : Il est incontestable qu'il y a, pour le diagnostic siége, un gros progrès : je n'en veux pour preuve que les observations citées dans cette discussion.

La direction, je l'ai donnée dans un procédé, je le répète, aussi facile qu'une ligature d'un gros tronc.

La pratique du trépan, je l'ai montrée bonne dans un cas remarquable, le plus curieux de tous ceux recueillis pour la limitation des accidents paralytiques et leur disparition rapide.

La sécurité, je l'affirme, non-seulement à cause de mon expérience propre de la méthode antiseptique, mais après l'expérience de bien des maîtres éminents, autrement autorisés que moi à déclarer qu'on peut désormais considérer comme inoffensives des actions chirurgicales jusqu'ici réputées avec raison comme ayant une gravité véritable.

Le secrétaire,
CRUVEILHIER.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME TROISIÈME

DES

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

A

B

C

I

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS.

Paris. — Imprimerie Paul Dupont, rue Jean-Jacques-Rousseau, 41. (349, 2-8.)